NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.

55350.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

MARS 1846. — 7me SÉRIE. — T. III.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1846.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p.237-308.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. 309—352.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PHARMAC. ET TOXIC.

Chimie pathologique. *Revue* 19, 20.
Hygiène. 1.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Anatomie. 2.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Pathologie interne. 3—5. *Revue* 21—23, 25, 41, 42.
Thérapeut. 6, 7. *Revue* 26, 29, 30.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchem. 8—10. *Revue* 31, 32.
Maladies des femmes. 11.
Maladies des enfants. 12. *Revue* 24, 27.

VI. CHIRURG., ORTHOPÉD. ET OPHTHALMOL.

Pathologie externe. 13, 14. *Revue* 28, 33, 34.
Médec. opérat. 15. *Revue* 35—38.
Ophthalmologie. *Revue* 39.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

Maladies mentales. 16.
XII. Généralités. 17, 18.
Sociétés savantes, pag. 197—216.
Notice bibliographique. 257.
Bulletin bibliographique. 261.
Mélanges. 266—270.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(MARS 1846.)

DE LA MORTALITÉ DES OUVRIERS MINEURS ;

Par G. HANOT, docteur en médecine et en chirurgie.

(Suite et fin : *voir le n° de février* 1846, p. 121.)

CHAPITRE III. — *Du travail des filles dans les mines.*

La présence des filles dans les travaux des mines, qui me suggérera quelques réflexions qui ne sont pas sans importance sur l'hygiène des mineurs, me donne l'occasion de dire, en passant, quelques mots sur la moralité de cette classe ouvrière.

Dans les cantons industriels, où beaucoup d'ouvriers travaillent ensemble, on remarque fréquemment une corruption plus grande parmi eux. Si ce travail se fait simultanément par des personnes des deux sexes, les mœurs de l'un et de l'autre se ressentent de ce contact habituel. Je crois qu'on pourrait avancer, sans crainte d'être démenti, que, dans ces districts, le degré de corruption chez les ouvriers est en raison directe de leur plus ou moins grand nombre.

Les mineurs de notre pays qui se trouvent dans ces conditions ne font pas exception à la règle : cependant je dois encore ici rétablir une fois les faits et en faire connaître l'exactitude.

On a donné à entendre que les filles qui sont occupées dans l'intérieur des travaux des mines étaient complètement démoralisées ; que les différents recoins de ces lieux sombres, où elles étaient sans surveillance, favorisant leur dévergondage, elles s'abandonnaient très-facilement. On a été fouiller dans la liste de l'état civil, et comptant le nombre d'enfants nés de filles qui n'étaient pas mariées, on n'a pas manqué d'en tirer la conséquence que le Borinage regorgeait de bâtards et de mères abandonnées avec leurs enfants, que délaissaient

impitoyablement de lâches séducteurs (1). Cependant, comme je vais le démontrer, rien n'est moins vrai : encore une fois, ces calomnies étaient basées sur une ignorance complète des lieux ou sur un examen bien superficiel.

Sans prétendre donner ces filles comme des modèles de vertu, elles ne méritent cependant pas la réputation qu'on leur a faite.

Celui qui connaît les travaux des mines, sait qu'il n'est pas vrai qu'une fille soit jamais en réalité sans surveillance dans ces lieux, ni qu'elle puisse facilement s'abandonner ; car elle ne travaille pas seule, et elle ne pourrait guère s'écarter des voies fréquentées sans qu'on le sût de suite. Il est au contraire reconnu que celle qui a la faiblesse de se livrer à son amant, ne le fait jamais dans le fond : il est même inouï, j'ose le dire, d'entendre rapporter qu'une fille ait failli dans l'intérieur des travaux ; car on sait que ce serait la violation d'une espèce de pacte sacré pour tous, d'un droit des gens, pour ainsi dire, reconnu par cette classe ouvrière, qu'une telle infraction, dans ces lieux, aux règles de la bonne conduite. Quiconque a étudié ces ouvriers a pu reconnaître que ce droit est sacré, respecté. En effet, la fille qui aurait le malheur de succomber, serait, on le sait, huée, rejetée par ses compagnes, et devrait quitter la mine. D'ailleurs, il faut l'avouer, les circonstances dans lesquelles nous avons vu que se trouvent ces filles, sont loin de faire naître des désirs amoureux chez des ouvriers occupés au travail.

On voit donc que le contact de ces filles avec les hommes, dans ces sortes de travaux, n'est pas aussi dangereux qu'on l'a dit, car ce n'est pas dans l'intérieur de la mine que le mal peut se faire, et celles qui travaillent au jour, dans ces mêmes fosses, sont infiniment plus démoralisées. Cependant il ne faudrait pas non plus, chez ces dernières, juger du degré de leur dévergondage d'après le cynisme qu'elles affectent dans leurs agacements. Je pense que ces paroles déhontées viennent de ce que, travaillant ordinairement cinq ou six à la fois, elles savent qu'on a la conscience que, prononcées en présence d'autres compagnes, elles ne peuvent être suivies de l'action qu'elles semblent provoquer.

(1) Depuis longtemps j'opère les vaccinations à Frameries, et j'en dresse chaque année un tableau avec indication des noms des parents : la plupart des enfants qui appartenaient à des filles qui n'étaient pas mariées, provenaient de pères qui, étant encore miliciens, ne pouvaient pas les épouser. D'autres avaient été servantes à l'étranger, où elles avaient été abusées. Très-peu avaient été subornées par des ouvriers charbonniers.

Quant au grand nombre d'enfants qu'on voit venir au monde sans père, pour qui connaît les lieux, cette circonstance n'a rien qui surprenne. En effet, on sait que le charbonnier a pour habitude, chose que je suis loin de louer d'ailleurs, de ne se marier que lorsqu'il a la certitude de progéniture. Quoi qu'il en soit, l'ouvrier mineur épouse celle qu'il a abusée, et il n'est pas vrai de dire qu'il l'abandonne souvent avec plusieurs enfants.

Je crois même devoir ajouter qu'il n'est malheureusement que trop commun de voir les chefs faire les premières tentatives de séduction près de ces filles, et tout en désirant que ceux-ci exigent une bonne conduite de leurs ouvriers, il faudrait au moins, avant tout, qu'ils prêchassent eux-mêmes d'exemple.

Si la moralité ne m'a pas paru plus effrayée de la présence de la femme dans les travaux des mines que dans ceux de tout autre genre où elles se trouvent réunies avec des hommes, il n'en est pas de même au point de vue physiologique.

Nous avons vu que l'habitant des mines était d'une complexion délicate et souvent chétive. Si cependant la pente au dépérissement ne s'arrêtait, elle pourrait aller trop loin et amener, par la suite, la race des mineurs à un degré de dégénérescence qui aurait des conséquences funestes pour la reproduction de cette classe d'ouvriers.

Un moyen efficace de s'opposer à la terminaison fatale vers laquelle se précipite cette partie de notre population, c'est le croisement des races.

La femme, par l'influence qu'elle exerce sur l'organisation de l'enfant à qui elle donne le jour, sert merveilleusement à cet acte réparateur; elle a une action favorable et puissante en cette occurrence. C'est elle qui doit être ici le frein, la force modératrice du mal qui aurait des suites graves pour les enfants du mineur, si, comme son mari, elle était condamnée aux mêmes travaux et soumise aux mêmes influences; et je regarde comme une circonstance heureuse l'impossibilité où sont les femmes des mineurs, quand une fois elles sont mariées, de travailler dans les fosses, car, si jusqu'à l'âge où elles deviennent femmes, un très-petit nombre d'entre elles sont descendues dans les mines pendant quelques années, comme, en général, elles se marient de bonne heure, leurs organes encore jeunes, un moment entamés, peuvent se remettre encore. Cependant, s'il était possible de se passer de ces filles dans les travaux des mines, il serait à désirer qu'on le fît; et cela pour des raisons qu'on devine aisément d'après ce que je viens de dire.

Il est encore un autre sujet que je ne puis passer sous silence, quoiqu'il se rapporte d'une manière bien indirecte à la question que je traite : je veux parler de l'ignorance des soins domestiques qu'entraîne nécessairement après elle cette tâche continue qui assimile ces filles aux hommes dont elles partagent les travaux, et qui les identifie en quelque sorte à leur genre de vie. En effet, ces filles, au sortir de l'enfance, vont au travail le matin pour n'en revenir que le soir : rentrées à leur domicile, elles mangent, et bientôt se couchent, et chaque jour elles recommencent la même chose. On conçoit alors que ces filles doivent être tout à fait étrangères à l'administration du ménage, dont elles sont éloignées, et à laquelle elles ne participent nullement. Aussi n'ont-elles aucune idée de l'ordre et de l'économie. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir de ces filles se marier sans savoir coudre ; bien plus, elles sont comme abruties : elles sont devenues brusques, dures ; elles ont la parole grossière ; elles ont enfin perdu ces belles qualités qui ornent leur sexe : la douceur et l'amabilité. Lorsqu'on sait quelle influence immense exerce la femme sur l'état social, et j'ose dire sur les destinées de l'homme , il est vraiment à désirer que l'épouse de l'ouvrier charbonnier puisse recevoir, je ne dirai pas de l'instruction, mais cette éducation domestique et d'intérieur, qui, en adoucissant le sort de son mari, lui rendra sa demeure agréable. D'un autre côté , comment cette femme pourra-t-elle donner à ses enfants des principes moraux et maternels , si elle-même n'en a pas reçu : et on sait de quelle prépondérance immense sont sur le moral, et j'ose dire sur l'avenir, les impressions qui nous frappent dans notre premier âge, impressions qui nous marquent d'un cachet particulier et que nous ne pouvons jamais effacer. Cette vérité est tellement reconnue, qu'elle est passée en proverbe ; car s'il est vrai que la santé des enfants tire son origine de celle des parents, je dirai aussi que la moralité des enfants tire également la sienne de celle des parents. Voilà les motifs pour lesquels je fais des vœux pour qu'on puisse se passer de ces filles dans les travaux houillers.

Je ne rechercherai pas les moyens de procurer à cette classe féminine, si nombreuse ici, une occupation dont le salaire puisse venir en aide aux besoins des parents et du reste de la famille ; j'ai déclaré que ces considérations n'entraient pas dans mon sujet.

CHAPITRE IV. — *Des ouvriers blessés dans l'intérieur des travaux des mines.*

Depuis que j'ai présenté ce mémoire, en 1843, à la Société des sciences, des arts et des lettres du Hainaut, sur la question de la mortalité des ouvriers mineurs de cette province, mise au concours par M. le ministre Nothomb, j'ai eu à m'occuper de trouver un moyen de transporter les ouvriers blessés dans l'intérieur des mines. Je crois devoir le donner ici, en l'accompagnant de quelques réflexions que m'a suggérées ce travail sur ces mêmes ouvriers blessés. J'aurai, je pense, alors épuisé le sujet de la mortalité de cette classe ouvrière, que je me suis efforcé de traiter dans ce mémoire.

Quand un charbonnier, dans les travaux du *fond*, est assez grièvement blessé pour que son transport devienne nécessaire, un chariot d'esclaunage, dans lequel on le dépose, va, le plus ordinairement, le chercher et l'amène au puits. Là, on le descend dans le *cuffat*, et un homme ou deux l'accompagnent pour diriger son ascension. Arrivé au jour, on le retire de ce *cuffat*, et on le met sur une charrette ou un brancard pour le transporter jusqu'à sa demeure.

On conçoit aisément les inconvénients et les accidents funestes qui naissent et viennent souvent compliquer les blessures graves, et surtout les fractures soit des membres inférieurs, soit de la carcasse osseuse du dos, et même de la poitrine, par suite du transbordement multiplié du malheureux blessé, par des personnes étrangères à l'art, dans ces divers véhicules si peu propres à cet objet. En effet, placé d'abord dans une position nécessairement vicieuse dans la caisse trop peu allongée du chariot de traînage, il se trouve bientôt pelotonné dans le *cuffat*, d'où on le retire pour le placer dans une charrette lourde et grossière dont il a à souffrir toutes les secousses; trop heureux si, arrivé au jour, il est transporté sur un brancard où on lui épargne au moins une partie des souffrances qu'il doit éprouver avant d'arriver chez lui. Là, un nouveau transbordement se fait encore, et le plus souvent par des personnes qui n'ont aucune connaissance sous ce rapport; car le chirurgien ne se trouve pas toujours sur les lieux. Je me suis étendu avec détail sur ces circonstances fâcheuses, parce qu'on peut toutes les éviter par le moyen que j'ai proposé.

Outre les souffrances que cause au malheureux blessé ce transport compliqué et vicieux, il arrive fréquemment que les os fracturés subissent de grands déplacements, que des fragments viennent faire issue à la peau après avoir traversé les chairs et blessé parfois des

vaisseaux, des nerfs ou d'autres organes importants, et rendent ainsi très-grave, et quelquefois mortelle, une blessure simple qui aurait facilement pu guérir, sans ces inconvénients malheureux auxquels est exposé le blessé par ces moyens vicieux de transport.

Frappé de ces conséquences fâcheuses, on a cherché à les atténuer. Ainsi, sans parler du foin ou de la paille qu'on dépose dans le chariot du fond, dans le cuffat, dans la charrette, etc., beaucoup de Sociétés font maintenant parfois porter l'ouvrier, lorsqu'il est grièvement blessé, et quand il est arrivé au jour, dans une espèce de longue cage en bois qui sert de brancard. Mais, outre que cette modification ne porte que sur une partie des accidents fâcheux que j'ai signalés, c'est-à-dire sur le transport du blessé sorti de la mine, il faut, pour mettre celui-ci dans ce véhicule rétréci et à bords relevés, se livrer aux manœuvres périlleuses qu'entraîne un transbordement difficile, opéré par des personnes étrangères à l'art. Les mêmes inconvénients se représentent lorsque, arrivant chez lui, on doit le prendre pour le déposer sur son lit. Et l'on se figure aisément tout ce que présente de danger un membre fracturé tant de fois, manié par des hommes ignorants et grossiers.

Aussi, quand on n'a pas à déplorer les suites malheureuses dont j'ai parlé plus haut, le membre brisé a-t-il presque toujours une direction et une position vicieuses. D'ailleurs, l'expérience m'a appris qu'on est forcé, dans la plupart des cas, de transporter le blessé sur une charrette, à cause des mauvais chemins et de la distance qui le sépare de sa demeure. Avec le moyen que je propose, comme nous le verrons tout à l'heure, on évite ces graves complications.

M. Valat a fait connaître, il y a quelques années, dans les *Annales des Mines*, un appareil très-ingénieux qui a l'avantage d'aller chercher le blessé dans le fond, au bas du puits. C'est une espèce de longue boîte en bois, découpée en plusieurs pièces qui se ferment sur le blessé dont la tête seule reste libre. Ainsi constituée, elle forme une sorte de cercueil dont l'intérieur est matelassé. Pour la monter, on l'attache à la corde par quatre chaînettes inégales, de manière à lui donner dans son ascension une position droite, légèrement inclinée. Un ouvrier doit se tenir sur la tête de ce véhicule pour le diriger dans ce voyage.

Cet appareil, qui semble en apparence réunir tous les avantages, a cependant encore beaucoup d'inconvénients.

D'abord, il est lourd, pesant, et ne peut pas facilement être porté par des hommes; sa construction rend son emploi difficile et sou-

vent même impossible pour des ouvriers ; il ne dispense pas le blessé d'être déposé dans la fatale caisse du chariot de traînage pour arriver au puits, car cet appareil ne peut être déployé dans les tailles. Il faut un temps très-long pour son application. En effet, on doit, *du fond*, faire parvenir au jour un ordre de descendre ce lit de sauvetage, aller le chercher à l'établissement, qui est souvent éloigné des différents siéges d'exploitation ; l'attacher à la place du cuffat ; le descendre, le tirer dans la galerie pour y placer le blessé ; en outre, le placement et la fermeture de cet appareil demandent encore du temps et de l'intelligence. On doit ensuite le rattacher à la corde pour le monter au jour : là, il faut que la machine dépose, en la renversant, cette espèce de boîte dans laquelle est le blessé ; mouvement qui exige encore de l'adresse et qui peut n'être pas toujours sans danger pour le patient.

On voit que la mise en œuvre de ce moyen exige un temps très-long ; ce qui ne peut être que préjudiciable au blessé et à l'exploitation. Aussi ceux mêmes qui en avaient fait la dépense n'ont-ils pu continuer à s'en servir. D'un autre côté, on trouvera bien rarement un ouvrier qui voudra se percher sur la tête de ce véhicule pour le diriger dans son ascension.

Un lit avec lequel on irait chercher le blessé dans les tailles ou dans toute autre partie de l'exploitation où le malheur arrive ; un lit sûr et facile, sur lequel on pourrait déposer le blessé, sans devoir gêner l'attitude naturelle du corps et des membres, et qui monterait au jour dans le premier cuffat venu, qui n'arrêterait point l'exploitation, et à l'aide duquel il serait ensuite facile de le transporter, sans devoir le transborder, jusqu'à ce que le chirurgien l'eût visité et mis un appareil ; ce lit, dis-je, devrait obtenir la préférence. C'est ce à quoi je me suis attaché : c'est le but que je me suis efforcé d'atteindre par l'appareil que j'ai proposé.

D'après le plan qui suit, on peut voir que le moyen est bien simple et le mécanisme facile et à la portée de l'intelligence la plus vulgaire. C'est une planche en osier, armée de cordes ou de chaînettes, et sur laquelle on peut fixer le blessé entouré de paille ou de couvertures en étoupe qu'on a toujours sous la main dans les fosses. Ce plancher repose sur deux bras de civière qui servent à donner plus de solidité à l'appareil et à permettre de le porter.

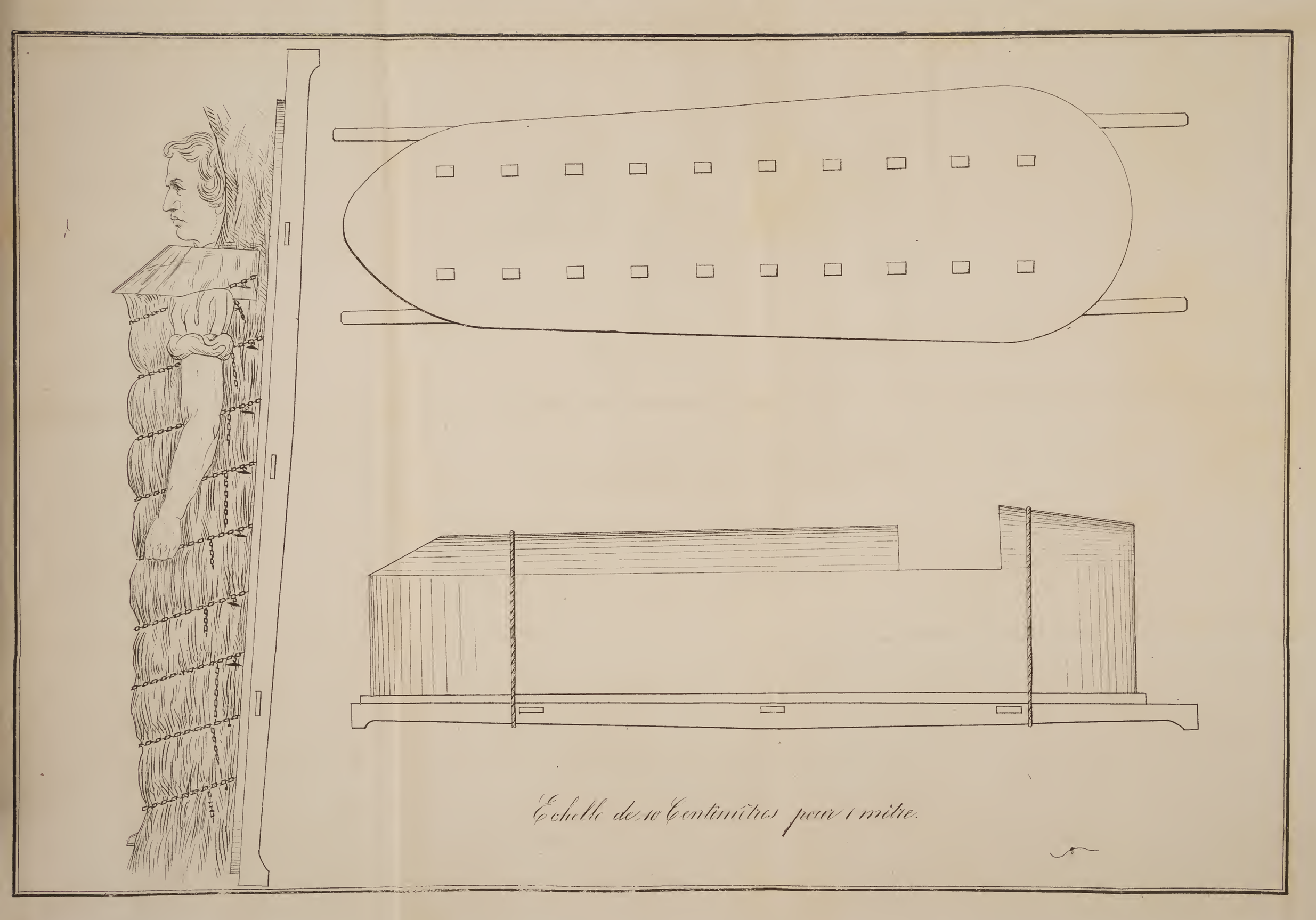
Des trous, au nombre de six à sept, sont pratiqués de chaque côté pour laisser passer les liens qui doivent fixer le blessé. Lorsque celui-ci

est placé sur la planche de sauvetage, dans une position droite, naturelle, on le couvre de paille longue, en laissant toutefois la tête et les bras libres. Les premiers liens se serrent immédiatement sur la poitrine; les autres se fixent successivement sur le corps, les membres inférieurs, que l'on entoure de paille, de manière à les enfermer comme dans des gouttières, en ayant soin cependant de ne pas renverser la pointe des pieds. Ainsi fixé, le patient paraît enveloppé comme dans un vaste corset qui va de la tête aux extrémités inférieures et qui le maintient très-solidement. (*Voir la planche ci-après.*)

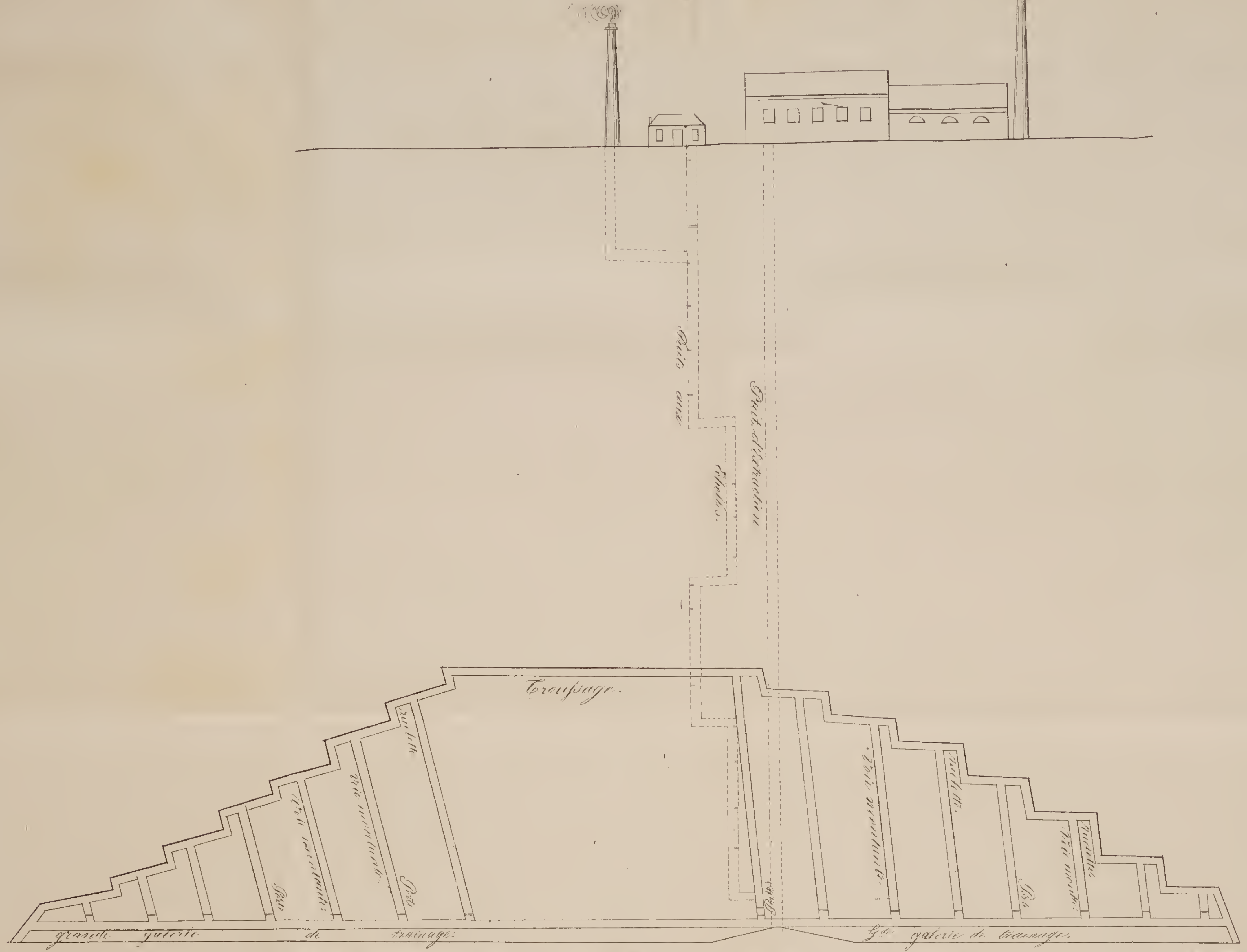
On pourrait croire, de prime abord, que ces cordes, ces chaînettes, doivent gêner et même blesser le patient ; il n'en est cependant rien. En effet, la compression exercée par les liens se faisant sur de la paille longue, se répartit sur une grande surface, et s'opère en outre sur un objet mou intermédiaire ; d'ailleurs, il ne faut pas croire qu'il soit nécessaire de serrer fortement le blessé, car en le relevant dans la position presque droite où il doit être maintenu en le remontant dans le cuffat, tout son corps descend de quelques lignes en s'affaissant sur ses liens ; et comme il n'est nullement retenu par en bas dans ce léger mouvement de descente, il ne peut en résulter aucun inconvénient dans le cas de fracture : je crois , au contraire, que, dans ce cas, ce faible laisser-aller des membres , qui obéissent à leur propre poids, opère une traction douce qui ne peut être que favorable. Cette réflexion, je la tiens d'un médecin qui, ayant voulu s'assurer par lui-même de l'effet de cette planche de sauvetage, se fit ainsi attacher et lever contre une muraille dans une position presque droite. Il en conclut qu'une fracture des membres inférieurs pourrait se réduire d'elle-même, si le patient conservait cette position pendant quelque temps.

Le blessé, ainsi fixé, est transporté jusqu'au puits, soit en le mettant sur un train ou deux de chariots de traînage dont les caisses sont ordinairement mobiles, soit en le portant à bras, si on le peut.

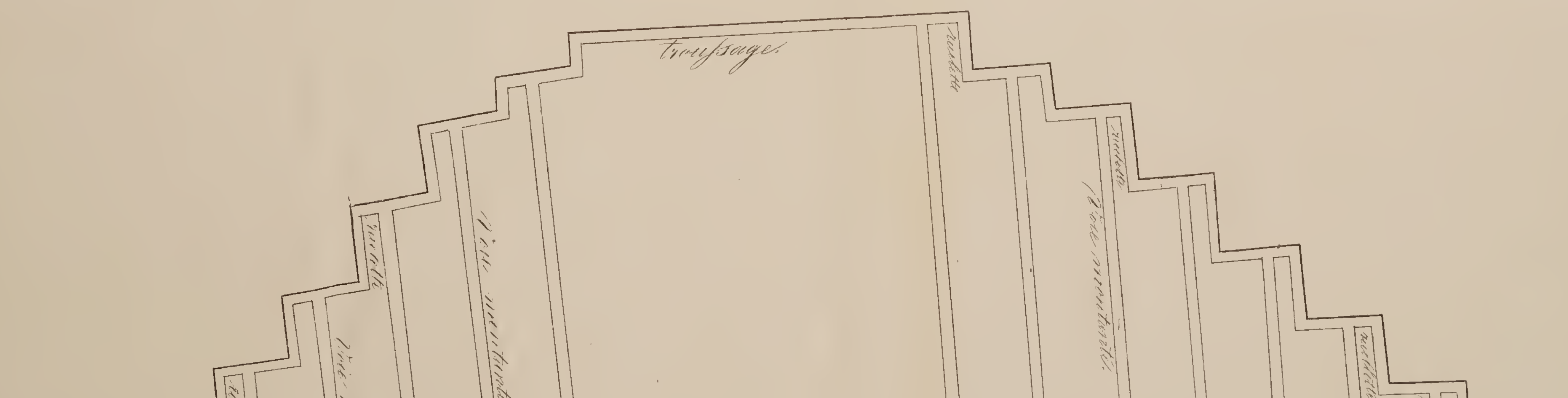
Arrivé au puits, on le glisse dans le cuffat, en ayant soin d'attacher aux deux bras inférieurs de l'appareil deux cordes que tiennent ceux qui descendent le blessé, afin de le laisser aller avec douceur et de le diriger à leur gré dans ce véhicule profond. Ces cordes seront également d'une grande utilité pour le retirer du cuffat lorsque celui-ci viendra effleurer la surface. A cet effet, on attachera aux deux bras supérieurs de la planche de sauvetage les deux bouts supérieurs de ces cordes, pour pouvoir les saisir facilement lorsque le cuffat arrive au jour. Là ,


Echelle de 10 Centimètres pour 1 mètre.

PROJECTION VERTICALE.



PROJECTION HORIZONTALE.



au moyen de ces mêmes cordes, on le retire avec facilité et sans secousses. Ensuite on le transporte à bras jusqu'à sa demeure, si elle n'est pas trop éloignée : dans le cas contraire, on le mettra sur une charrette préalablement remplie de foin. Pour l'y placer comme pour l'en retirer, on conçoit qu'il ne devra lui être imprimé aucun mouvement brusque. Arrivé chez lui, on pourra le laisser sur l'appareil, qui lui servira de lit jusqu'à la venue du chirurgien.

Un avantage qu'apprécieront les gens de l'art, c'est qu'on peut mettre le blessé sur une table, dans les cas de fracture des membres inférieurs, pour appliquer l'appareil. Ce lit est étroit, et le chirurgien peut aller à l'entour ; le blessé se trouve sur un plan horizontal et solide. L'opérateur, se bornant à dénouer les liens des membres, peut laisser en place ceux qui maintiennent le tronc et font par eux-mêmes la contre-extension ; circonstance heureuse, dans les campagnes surtout, où l'on manque souvent d'aides nécessaires en pareil cas. Ce que j'avance, je le dis avec d'autant plus d'assurance, que j'ai maintenant l'expérience pour moi ; car j'ai dû plus d'une fois appliquer des appareils à fracture sur ce lit de sauvetage.

J'ai donné peu de largeur à cette planche, afin qu'elle pût passer entre les chaînettes des cuffats.

Cette opération ne souffrira aucune difficulté pour les cuffats à quatre chaînettes.

Il n'en sera pas de même pour ceux qui en ont six. Le peu d'espace laissé entre elles rendra la manœuvre beaucoup plus difficile. Si ces chaînes étaient libres et pouvaient être décrochées séparément, il suffirait d'en supprimer une ou deux ; mais elles sont fixées d'un côté par leurs extrémités, de l'autre, elles sont réunies trois à trois, c'est-à-dire en deux faisceaux, à deux gros anneaux en fer, distincts et libres, que l'on rassemble dans un crochet dont est armée la corde qui doit soulever ce véhicule.

Si l'on veut se servir de ces sortes de cuffats, il sera nécessaire d'ajouter à la planche de sauvetage un anneau à deux chaînettes libres, aux deux extrémités desquelles il y aura des crochets.

Cet anneau remplacera celui du cuffat, et ses deux chaînettes seront accrochées par leurs extrémités libres à deux oreilles de ce même cuffat, dont les chaînettes auront été rabattues sur les côtés, pour ne pas gêner le blessé.

Comme on peut s'en assurer, j'ai tâché de rendre cet appareil aussi léger que possible.

J'ai aussi voulu que cette planche fût sans rebord, pour pouvoir y tirer doucement le blessé par les épaules sans devoir le soulever ; circonstance très-importante dans le cas de fracture.

Arrivé au jour, on pourra recouvrir le blessé d'un plastron aussi en osier, que j'ai fait construire en forme de berceau, forme qui m'a paru assez convenable. Cette seconde pièce sera fixée sur l'autre par deux ou trois cordes ou sangles : j'ai fait revêtir le tout de toile cirée. De cette manière, on cache aux passants et aux pleureurs la vue du blessé, et on le soustrait à l'intempérie de l'air. J'ai été témoin dernièrement encore d'un de ces transports où, par une forte pluie, l'on a dû venir se mettre à couvert dans une maison : le blessé était tout mouillé et grelottait de froid. On pourrait également, si on le juge convenable, conserver cette seconde pièce de l'appareil au fond de la mine; elle entrerait aussi dans le cuffat : par ce moyen, on empêcherait l'eau de niveau, qui tombe quelquefois très-abondamment dans ce puits, de mouiller le blessé.

On voit qu'avec cette planche on ira prendre le blessé dans toutes les parties des travaux : la manipulation pour l'y placer est simple et à la portée de l'intelligence la plus vulgaire. Un avantage qu'apprécieront les gens de l'art, c'est qu'il ne faut pas soulever le blessé pour le mettre sur le lit : il suffit de le tirer par les épaules, en faisant, si on le veut, lever la tête de ce plancher par un des assistants, ou de la mettre sur un point d'appui, de manière à lui donner un plan légèrement ascendant.

Je pense qu'il serait convenable d'avoir une de ces planches dans le fond de chaque fosse, pour pouvoir s'en servir au besoin. On m'objectera peut-être qu'elles seront de courte durée : à cela je répondrai qu'en les mettant à l'abri du courant d'air, entre quelques bottes de paille, elles s'y conserveront assez longtemps; d'ailleurs, leur prix est très-peu élevé.

Je me suis attaché, comme on le voit, à la simplicité ; car je crois que ce dont on doit se servir habituellement, et surtout ce que l'on met entre les mains des ouvriers, doit être simple et à la portée de l'intelligence la plus vulgaire. Rien ne m'empêchait de faire matelasser cette planche ; mais je pense que le foin et les couvertures en étoupe, qu'on a toujours sous la main dans les fosses, peuvent fort bien remplacer tous les rembourrages. D'ailleurs, ils ne tarderaient pas à se salir et à se détériorer par le sang ou tout autre liquide qui viendrait les imprégner ; tandis qu'avec de l'eau et un balai on nettoye facilement cet appareil en osier.

Au lieu de cordes ou de chaînettes, il m'était facile de mettre des courroies; mais, outre que les autres liens sont aussi bons, s'il arrive qu'une ou deux boucles aient été cassées, et qu'elles n'aient pas été remplacées, comme on ne s'imaginera pas que des cordes, qu'on a toujours sous la main dans les fosses, peuvent tout aussi bien servir, on transportera le blessé comme auparavant : on retombera dans l'ancienne routine, quoique vicieuse, par cela même qu'elle est plus facile, et l'on ne tardera pas à laisser la planche de sauvetage dans l'oubli. Comme je le disais tout à l'heure, ce dont on se sert habituellement (et surtout les ouvriers) doit être sous la main et d'une grande simplicité. D'ailleurs, je me suis assuré que les cordes et les chaînettes étaient préférables, car elles ne glissent pas sur la paille; tandis que les courroies ont ce défaut et peuvent ainsi cesser de maintenir le blessé. Je dirai, pour mon compte, que je préfère les chaînettes, parce qu'elles s'appliquent plus facilement et plus commodément. J'ai parlé ailleurs des autres inconvénients qu'on pouvait leur reprocher.

Cette planche serait encore d'une grande utilité dans le cas où on craindrait qu'un ouvrier en délire se précipitât dans le puits pendant qu'il remonte à la surface.

Avant de la présenter aux exploitants, j'en ai fait plusieurs fois l'essai.

J'ai été dans l'intérieur des travaux appliquer des ouvriers sur ma planche de sauvetage, et je les ai accompagnés dans leur ascension par le cuffat : des médecins et des directeurs de charbonnages ont pu constater la simplicité et la commodité de ce moyen de transporter les ouvriers blessés grièvement.

Plusieurs Sociétés charbonnières du Couchant de Mons en ont fait confectionner.

J'ai déjà eu occasion de la voir servir avec beaucoup de bonheur dans des cas de fracture de la cuisse et de lésion grave de la colonne vertébrale : elle est d'une grande utilité pour cette dernière blessure surtout, si fréquente ici, à cause de la douleur que font éprouver au blessé les manœuvres que nécessite son transport, et du danger instantané qu'il y a pour lui à être mis dans une mauvaise position.

Je crois inutile d'ajouter que pour les blessures qui permettent encore de marcher, telles que les fractures du bras, de l'épaule, etc., l'ouvrier pourra monter par le cuffat, comme auparavant.

Quoique ce moyen de sauvetage et son mécanisme soient simples, il serait cependant convenable qu'un homme de l'art montrât aux chefs ouvriers la manière de mettre un blessé sur cette planche.

Je crois, à cette occasion, devoir émettre le désir qu'un médecin, dans chaque Société, puisse donner de temps en temps aux chefs ouvriers assemblés quelques notions générales sur les blessures graves et sur l'hygiène convenable à cette classe laborieuse si souvent exposée. Ainsi, il leur apprendrait la manière de faire porter un bras en écharpe dans les cas de fracture de ces membres et de leurs dépendances les épaules ; la nature des précautions à prendre pour manier un membre fracturé; les moyens d'arrêter une hémorrhagie grave. C'est ainsi que j'ai eu à regretter dernièrement la mort d'un ouvrier qui eut la moitié de la jambe emportée par la chute d'une pierre dans le puits : ce malheureux, avant d'arriver au jour, a succombé à la perte de sang qui suivit cette blessure. Si l'un des assistants eût eu quelques notions sur la circulation, il aurait pu arrêter l'hémorrhagie et sauver cet homme. Ce médecin devra aussi leur parler de l'aérage, de sa théorie, de ses influences sur la santé, etc. Ces quelques petites notions, données de temps en temps, auraient également des influences heureuses sur les jours de l'ouvrier mineur.

Avant de terminer ce chapitre additionnel sur les ouvriers blessés, j'ai à parler d'un inconvénient qui met souvent le chirurgien dans un grand embarras lorsqu'il arrive près d'un ouvrier blessé et chez lequel un membre est fracturé : je veux parler du manque de linge indispensable pour maintenir la réduction de ce membre. En effet, il n'est pas rare (c'est même ce qui arrive presque toujours) de ne trouver chez ces ouvriers que quelques loques qu'on vient vous présenter pour faire votre appareil.

Il serait à désirer que les Sociétés charbonnières eussent en dépôt dans une caisse des appareils à fracture de toutes sortes, tout confectionnés, et qu'on n'aurait qu'à dérouler sous le membre, comme dans les hôpitaux.

Cette dépense ne serait pas très-grande et procurerait de grands avantages.

Suivant la volonté de M. Sainctelette, directeur gérant, aux vues philanthropiques et éclairées, et auquel je me plais à rendre hommage, je tiens en ordre et au complet, depuis 1840, à la Société du Levant du Flénu (couchant de Mons), où je suis médecin, une caisse de ce genre dans laquelle sont plusieurs appareils pour chaque sorte de fracture. Ces appareils sont étiquetés, afin qu'un employé puisse les délivrer au besoin et qu'on les transporte avec le blessé : de cette manière, le chirurgien peut l'appliquer aussitôt qu'il arrive près du patient.

Ces difficultés m'ont amené à employer un appareil que je crois devoir mentionner ici, à cause de sa simplicité et des avantages que j'en retire depuis que j'ai commencé à m'en servir.

C'est tout simplement de la paille longue avec laquelle on enferme le membre, et que l'on fixe avec des liens : cette paille fait attelle et comprime le membre dans tous les sens. On sent assez que ce moyen peut être utilisé partout et à l'instant.

Pour cela, on coupe de la paille de la longueur du membre, et même un peu plus, pour que le pied soit maintenu par deux faisceaux qui l'empêchent de tomber de côté. On en met sous ce membre une quantité assez grande pour le couvrir entièrement : la fracture étant réduite, on ramène ces brins de paille de manière à l'envelopper complètement, et l'on serre les premiers liens sur la fracture même ; les autres se font après. Il est nécessaire d'en mettre six ou sept pour la jambe, et huit ou dix pour la cuisse.

Il convient d'appliquer d'abord trois ou quatre larges bandes de linge, à la méthode de Scultet, pour protéger la peau contre le contact de la paille qui laisserait des empreintes. Cependant cette précaution n'est pas indispensable : on peut placer, si l'on veut, la paille immédiatement en contact avec les chairs ; elle n'a d'autre inconvénient que celui que nous venons de dire, mais qui disparaît lorsqu'on lève l'appareil. Ces sillons, quelquefois très-profonds, ne causent aucune douleur et n'excorient pas la peau ; du moins, jusqu'à présent, j'ai pu employer les deux moyens sans que le dernier ait jamais déterminé de suites fâcheuses. Il faut toutefois pour les saillies osseuses, telles que la rotule, les malléoles, etc., les recouvrir d'étoupe fine et n'y placer aucun lien : on peut cependant en mettre sur les malléoles, à la condition de ne pas les serrer fortement.

Il serait également utile de garnir de la même manière le pourtour des membres, sous les extrémités des bouts de paille ; car ceux-ci pourraient entrer dans les chairs et causer de la douleur. Il conviendrait aussi d'appliquer un tour de bande de linge sur les extrémités de ces bouts de paille, afin d'éviter qu'ils ne se brisassent en morceaux par le frottement dans le lit.

Ces précautions ne seront nécessaires qu'autant qu'on voudra laisser cet appareil jusqu'à guérison.

Toute espèce de paille convient ; cependant celle d'orge est préférable.

De même, il est indifférent de se servir de toutes sortes de liens,

depuis l'osier flexible du couvreur en paille et les bouts de corde, jusqu'au cordon de soie.

Depuis que j'emploie cet appareil, j'ai fait armer de boucles des bandes de toile écrue, larges de deux et même de trois travers de doigt : je serre la première sur la fracture, et je suis persuadé qu'après que l'extension des membres est faite assez fortement pour permettre la coaptation, les deux bouts des fragments doivent venir nécessairement se remettre en place en serrant cette bande large avec sa boucle, si celle-ci est appliquée exactement sur la fracture.

Cet appareil me semble réunir plusieurs avantages ; je me bornerai à les indiquer ici, me promettant de les développer plus tard, lorsque j'en donnerai une notice spéciale plus détaillée. D'abord, il est simple et se trouve partout ; ensuite il est d'une application très-prompte, et ne demande pas une extension prolongée qui fatigue et nuit souvent au maintien de la coaptation ; en troisième lieu, il est léger, perméable à la transpiration de la peau du membre enfermé : il permet les arrosements continus d'eau froide. On l'adapte avec beaucoup de bonheur aux fractures compliquées de plaies ; car en coupant avec des ciseaux les quelques brins de paille qui les avoisinent, celles-ci sont pansées avec beaucoup de facilité, et, de plus, cette paille ne se durcit pas, comme le linge, par les liquides qui s'écoulent des blessures. On peut soulever le membre et le placer dans tous les sens. Le blessé peut se lever et mettre sa jambe sur un coussin, si c'est cette partie qui est fracturée ; il pourrait au besoin marcher comme avec l'appareil amidonné. On peut visiter tous les jours le membre avec beaucoup de facilité. Enfin, comme on le voit, il est une ressource pour nous qui donnons des soins à ces ouvriers mineurs qui manquent souvent du linge nécessaire pour faire un appareil à fracture. Tels sont les motifs qui m'ont engagé à le mentionner à la fin de ce travail.

MÉMOIRE SUR LA CHLOROSE ;

Par le docteur E. Sélade, membre de la Commission médicale de Bruxelles.

(Suite et fin : *voir le n° de février* 1846, p. 189.)

MM. Récamier et Trousseau ont conseillé le sous-carbonate de tritoxyde de fer, et ils pensent que c'est là la meilleure préparation ferrugineuse : ils obtinrent, il y a peu d'années, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et dans leur pratique particulière, des succès

nombreux qui firent pencher la balance en faveur de cette dernière préparation. On doit l'administrer à haute dose sous forme pilulaire et sans mélange d'aucune autre substance tonique. Ces médecins en font faire des pilules contenant chacune 6 grains de sous-carbonate de tritoxyde de fer, en prescrivent deux pour le premier jour, augmentent successivement la dose d'une ou de deux, jusqu'au nombre de dix à douze par jour, et s'en tiennent ordinairement là, si ce n'est dans quelques cas exceptionnels où ils ont porté la quantité du sel ferrugineux jusqu'à 100 grains. M. Trousseau conseille de prendre ces pilules dans la soupe pendant les repas, afin de ne point troubler les digestions ; ce qui arrive quelquefois quand on les donne avant ou après.

MM. Gelis et Conté reprochent à la plupart des préparations ferrugineuses préconisées jusqu'alors, d'être difficilement absorbées, d'inspirer de la répugnance aux malades, de déterminer des accidents du côté du tube digestif, et de se conserver difficilement. Pour remédier à ces inconvénients, ils ont proposé l'emploi du lactate de fer, qui est en effet plus soluble et plus assimilable. MM. Bouillaud et Fouquier ont essayé avec un plein succès, à l'hôpital de la Charité, l'emploi de ce médicament, et au rapport de M. Bouillaud, au nom de la commission académique (*Bulletin de l'Académie royale de médecine*, fevrier 1840), il résulte que le lactate de fer est soluble, facilement assimilable et inaltérable ; qu'il peut être pris sans répugnance, ne détermine pas les douleurs gastriques presque toujours inséparables des sels de fer insolubles, et laisse seulement un léger goût d'encre auquel les malades s'habituent facilement ; enfin, que l'un des premiers effets de l'emploi du lactate de fer est une augmentation remarquable de l'appétit et la disparition rapide des désordres chlorotiques ou anémiques.

Le lactate de fer a été employé sous la forme de pastilles aromatisées à la vanille ou à la menthe, contenant chacune 5 centigrammes de lactate de fer. M. Arrault a eu l'idée d'en préparer un sirop facile à faire prendre aux enfants surtout, et en a formé également un chocolat. On l'administre aussi sous forme d'eau minérale.

M. Dauvergne, médecin de l'hospice de Manosque, s'exprime de la manière suivante. « Je me suis convaincu que le carbonate « ferrique, malgré ses inconvénients, est encore celui dont les « effets sont les plus avantageux dans la chlorose. J'ai pensé dès « lors que s'il était possible d'administrer le carbonate ferreux « en empêchant sa rapide oxydation, tout le problème serait « trouvé. Je chargeai M. Narsan, pharmacien habile, d'incor-

« porer de suite après la précipitation et la filtration, la pâte du « carbonate ferreux avec le mucilage de gomme adragante, « puis d'y ajouter la quantité de sucre nécessaire pour faire des « pastilles aromatisées avec une essence. J'obtins ainsi des pas- « tilles très-agréables, contenant chacune 18 centigrammes de « carbonate ferreux hydraté, ou 9 centigrammes anhydre. Ces « pastilles se conservent sans altération ; mais à la longue elles « changent un peu de couleur. Cette décoloration dépend pro- « bablement d'une certaine quantité d'oxygène que l'oxyde « ferreux a soustrait à l'eau interposée pendant la dessiccation « des pastilles, quantité pourtant insuffisante pour le faire passer « à l'état ferrique, car ce n'est que plus tard et à l'exposition à « l'air qu'il passe au rouge safrané. Du reste, dans cet état, il « paraît encore suffisamment soluble dans les acides de l'estomac, « qui se l'approprient plus facilement que toute autre substance. « Le fer, sous cette forme, est sans action constante sur l'es- « tomac ; il peut être donné à jeun, ce qui, d'après mon obser- « vation, en double au moins l'effet. Ajoutons que par la rapidité « de son assimilation il dispense des doses élevées qui sont ren- « dues nécessaires avec les autres moyens, lesquelles finissent « toujours par fatiguer l'estomac.

« Sur trente-trois observations de chlorose aiguë recueillies « avec soin, 18 malades ont été traitées après deux mois et demi « à trois mois d'invasion, et ont été guéries après avoir pris 250 « pastilles à la dose de 6 par jour. Quatre malades, après un « mois et demi d'invasion, ont été guéries avec 150 pastilles, « toujours prises à la même dose. Des onze dernières chez les- « quelles la chlorose datait de trois à cinq mois, et qui avaient « fait pour la plupart divers traitements antérieurs, cinq ont été « entièrement guéries après 300 pastilles. Les six autres ayant « cessé leur traitement à diverses reprises, sont aujourd'hui sous « l'influence d'une chlorose chronique dont nous n'avons pu jus- « qu'ici déterminer la durée. De sorte que l'on peut dire que, « dans la grande majorité des cas, 200 à 300 pastilles de carbo- « nate ferreux suffisent pour guérir la chlorose aiguë. Je donne « tous les jours 6 pastilles, 2 le matin à jeun, 2 dans le courant « de la journée, et 2 le soir en se couchant, après les digestions. « Mes malades prennent par jour 90 centigrammes de carbonate « de fer hydraté, qui correspondent, d'après les calculs faits, à « 45 centigrammes anhydre : cette dose m'a paru toujours suffi- « sante. J'ai reconnu d'ailleurs qu'une plus forte quantité ne « conduisait à des résultats ni meilleurs ni plus prompts. Cette « préparation a l'avantage de ne pas être donnée à doses succes-

« sivement croissantes, de ne jamais fatiguer l'estomac; on n'a « donc pas besoin d'habituer cet organe à les tolérer. »

Les faits pratiques ne prouvent-ils pas que les meilleures préparations martiales employées dans la chlorose sont : le carbonate ferrique ou ferreux, le lactate et l'hydrochlorate du même métal? Il serait difficile de contester leur supériorité, puisqu'elles remplissent le mieux le but des médications, savoir : guérir le plus promptement et fatiguer le moins possible l'estomac. Disons un mot du mode de prescription de ces trois préparations.

Le carbonate ferreux, préparé d'après la méthode de M. Dauvergne, et que nous venons d'indiquer, s'administre fort bien en pastilles dans lesquelles on fait entrer telle quantité de ce sel que l'on désire. Ordinairement je les fais préparer de 2 grains, en commençant par en faire prendre une le matin, une à midi et une le soir, deux heures après les repas, et cela pendant cinq jours; ce qui fait 6 grains dans les vingt-quatre heures. Le sixième jour, je double la dose : deux le matin, deux à midi, et deux le soir, pendant cinq jours; je la porte ensuite à neuf pastilles par jour, rarement davantage, et je la continue jusqu'à parfaite guérison, c'est-à-dire jusqu'à ce que tous les symptômes nerveux et circulatoires aient disparu depuis longtemps. Il n'est pas toujours indispensable d'administrer jusqu'à 18 grains par jour pour obtenir la cure radicale. Dans d'autres cas, il arrive qu'il faut l'élever jusqu'à $^1/_2$ gros dans les vingt-quatre heures. On comprend que la quantité du médicament doit varier d'après plusieurs circonstances que je ne puis rapporter ici, et que le praticien seul doit saisir.

Il faut surtout ne pas perdre de vue qu'une dose trop élevée n'offre pas de résultat plus avantageux ni plus prompt qu'une dose modérée, puisque l'économie ne peut jamais, dans les vingt-quatre heures, s'en approprier qu'une petite quantité, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en analysant le fer retiré des matières fécales et des urines des personnes soumises à l'influence de ce médicament. Il est donc préférable de prolonger plus longtemps l'usage de ces préparations, que de s'exposer à fatiguer inutilement les voies digestives.

Avant la connaissance de ce nouveau mode de préparation, j'employais les pilules de Blaud avec un succès à peu près égal. Au fond, les mêmes substances s'y rencontrent; il n'y a de différence que dans le mode de préparation, et, à cet égard, il faut reconnaître la supériorité des pastilles préparées d'une manière plus conforme aux principes pharmaceutiques.

En effet, les pilules de Blaud étant composées de sulfate de fer

et de sous-carbonate de potasse, l'acide sulfurique du sulfate de fer se porte sur la potasse pour former un sulfate de potasse ; l'acide carbonique du sous-carbonate de potasse, mis a nu, se porte sur le fer pour former un carbonate de fer. Cette double décomposition prouve donc que l'acide sulfurique a plus d'affinité pour la potasse que pour le fer. Malgré cette combinaison de l'acide carbonique avec le fer, il en reste toujours une partie à l'état d'oxyde, qui, sous cette forme, se combine facilement avec les acides qu'il rencontre dans l'estomac. Au total, ces pilules sont formées par le carbonate de fer, qui constitue à lui seul leurs propriétés si actives.

Le lactate de fer se donne bien aussi en pastilles de 2 grains chacune, que l'on trouve souvent toutes préparées dans quelques officines. J'ai l'habitude d'en administrer trois par jour pendant cinq jours ; le sixième jour, je double la dose ; le onzième, je la porte à neuf pastilles, pour arriver à douze, et quelquefois à quinze, ce qui fait un demi-gros de lactate dans les vingt-quatre heures. Cette quantité m'a toujours paru plus que suffisante pour obtenir la guérison. On administre aussi le lactate de fer en sirop ; chaque once en contient une plus ou moins grande quantité. Le plus souvent, on en fait mettre 2 grains par once. Les enfants prennent habituellement ce sirop à la dose de 2 à 3 onces par jour. On peut également administrer le carbonate et le lactate de fer sous forme de chocolat.

L'hydrochlorate de fer peut bien s'administrer, sous forme de pastilles, à la dose de 10 à 20 grains par jour, en commençant par quelques grains. Ce sel a une action curative très-énergique, et quoique je l'aie peu employé, il m'a paru qu'une moindre quantité que celle des autres sels suffisait pour la guérison des affections chlorotiques. M. le professeur Trousseau le préfère aux autres préparations de fer, et le prescrit ordinairement dans un véhicule aqueux pour en former une eau ferrugineuse.

Le citrate, l'acétate et le tartrate sont aussi de bonnes préparations ; mais elles sont moins actives que les précédentes. On prépare un sirop de citrate de fer qui est très-répandu et fréquemment employé chez les enfants dans toute espèce d'affections qui réclament un traitement tonique. Viennent ensuite l'oxyde et l'idodure de fer, qui sont des préparations également très-actives, mais qui fatiguent davantage l'estomac. Ce dernier médicament convient parfaitement, surtout sous forme de sirop, lorsque la chlorose est compliquée de rachitisme ou de scrofule, car alors il existe deux éléments morbides à combattre : l'altération des fluides sanguins, et celle des solides, qui est indépendante de la

première. Je dois ajouter que j'ai vu telle préparation, habituellement bien supportée par les uns, ne pas l'être par d'autres, et que dans le cours des affections chlorotiques on est bien souvent obligé de varier les différentes préparations ferrugineuses. Il est probable que cela provient d'une modification apportée dans la composition des sucs gastriques, ou d'un état pathologique de la muqueuse gastro-intestinale.

Il arrive que quelques estomacs plus irritables supportent difficilement le fer à l'état solide, quelles que soient d'ailleurs les préparations dont on fasse usage. Il faut recourir à un liquide qui tienne en dissolution les sels de fer, tels que le tartrate, le citrate, l'hydrochlorate, le lactate, ou bien encore faire usage des eaux ferrugineuses naturelles, telles que celles de Spa, de Passy, de Pougues, de Pyrmont, de Rieu-Majou, de Cransac, etc., pures ou coupées avec du vin de Bordeaux. On emploie aussi avec avantage des eaux ferrugineuses artificielles gazeuses, particulièrement quand l'estomac rejette les autres préparations, ainsi qu'on l'observe quelquefois.

Les emménagoques, tels que l'iode, la rhue, la sabine, les ventouses sèches aux cuisses, les pediluves sinapisés, les bains de siége liquides ou de vapeur, que l'on emploie dans le but de rappeler les règles, ne doivent être mis en usage que vers la fin de la maladie, alors seulement que le sang des chlorotiques est déjà en grande partie reconstitué, bien que dans le plus grand nombre des cas ces médicaments soient tout à fait inutiles, puisque la fonction menstruelle se régularise à mesure que l'altération sanguine disparaît.

Les purgatifs salins, la rhubarbe, le tamarin, et les lavements d'eau froide, conviennent parfaitement pour combattre la constipation.

Il arrive assez souvent que la chlorose se complique de différentes altérations qui peuvent être envisagées ou comme causes de la maladie, ou comme ses effets, ou enfin comme concomitantes de cette affection, mais sans aucune liaison avec elle ; de là trois divisions importantes à établir :

1° *Affections qui ont développé la chlorose.* — Ces affections sont une phlegmasie chronique de l'estomac, une hémorrhagie, une diarrhée de longue durée, etc. Il est important, indispensable même, de commencer le traitement par combattre la cause de l'affection, et en faisant attention surtout de ne point prodiguer les émissions sanguines quand cette maladie est de nature inflammatoire.

2° *Affections qui sont produites par la chlorose.* — Elles dispa-

raissent presque toujours à la suite du traitement général; quelquefois cependant on est obligé de seconder ce traitement par une médication spéciale. C'est ainsi, par exemple, que la ménorrhagie qui accompagne la chlorose, réclame, dans quelques cas où l'écoulement sanguin est trop considérable, un traitement particulier qui consiste dans l'emploi de l'ergot de seigle récemment pulvérisé, qui se donne à la dose de 1 scrupule à 1 gros par jour, et de la manière suivante : le soir, vers neuf ou dix heures, on donne 15 grains d'ergot en poudre dans une cuillère avec un peu de confiture; la même dose est répétée vers quatre heures du matin, quand bien même l'écoulement du sang aurait notablement diminué.

Ces heures sont indiquées par M. Trousseau, parce qu'il a remarqué que, contrairement à l'opinion générale, les hémorrhagies utérines sont, dans presque tous les cas, plus fortes dans les douze heures de nuit que dans les douze heures de jour, et que, de quatre à cinq heures du matin, le sang reprend plus violemment son cours. Si l'hémorrhagie était telle que la vie de la malade fût en danger, il faudrait recourir sur-le-champ au tamponnement. L'acide sulfurique, l'eau de Rabel, le jus de limon, le repos, viendront en aide à ces moyens. Les médicaments qui contiennent du tanin, tels que la ratanhia, à la dose de 9 à 10 grains, le cachou en poudre, à 1 gros, sont, dans ces cas, d'une utile application.

Les accidents nerveux réclament quelquefois un traitement particulier à l'aide de médicaments qui agissent d'une manière spéciale sur ce système, ou bien par l'association des nervins aux martiaux. Lhystérie et les spasmes cèdent ordinairement aux antispasmodiques associés aux ferrugineux. L'assa fœtida, l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth, la valériane, le camphre, le castoréum, sont ceux qui réussissent le mieux. Ces symptômes disparaissent tout à fait si on continue l'usage des ferrugineux.

3° *Affections qui compliquent la chlorose sans être liées à cette maladie.* — Nous placerons en première ligne la gastralgie, accident nerveux qui le plus souvent est lié à la chlorose et cède facilement au traitement approprié à cette dernière maladie. Il arrive cependant que cette affection est tout à fait indépendante de la chlorose et qu'elle s'aggrave même sous l'influence de la médication ferrugineuse. Il faut suspendre, dans ce cas, le traitement général pendant quelque temps, afin de combattre la gastralgie. Les médicaments que j'ai employés avec le plus de succès pour enrayer cette complication, sont l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth et la valériane. Cette affec-

tion guérie, on reprend le traitement général de la chlorose.

On doit aussi quelquefois recourir à l'emploi des vomitifs lorsque les voies gastriques sont chargées de matières saburales. Hormis ce cas, ils sont plus souvent nuisibles qu'utiles; aussi sommes-nous loin de conseiller de commencer le traitement de la chlorose par un vomitif, ainsi que l'ont fait quelques auteurs.

La diarrhée se montre parfois dans le cours de cette affection, et réclame la suspension momentanée des préparations de fer, pour les remplacer par les narcotiques. Il est bon, dans ces cas, de prescrire le sous-nitrate de bismuth associé à l'opium ; mais ce dernier médicament doit être donné à petite dose.

Les maladies inflammatoires qui surgissent pendant le cours de la chlorose sont rares et doivent être traitées avec beaucoup de circonspection. Il faut être très-avare d'émissions sanguines. Le plus souvent, ces affections disparaissent par l'emploi des émollients et la diète. Je pense que beaucoup de maladies réputées inflammatoires ne sont au fond que des névroses, et qu'elles cèdent assez souvent aux narcotiques ou aux anti-spasmodiques.

Maintenant que nous avons fait connaître le traitement de la chlorose et celui qu'il convient d'opposer aux différentes complications de cette maladie, il nous reste à exposer le mode d'action du fer dans cette affection. — On a pensé longtemps que le fer était un emménagogue. J'ai prouvé ailleurs que ce métal pouvait être considéré tantôt comme un emménagogue et tantôt comme un hémostatique, d'après les différents symptômes qui se présentent dans le cours de la chlorose, et qui sont sous la dépendance de cette affection, suivant qu'il existe une aménorrhée ou une hémorrhagie. Dans le premier cas, en effet, le fer agit comme emménagogue, puisqu'il tend à faire reparaître les règles ; dans le second, au contraire, il a une action hémostatique, puisqu'il arrête les menstrues qui coulent trop abondamment ; mais il n'a cette propriété que médiatement, car, au fond, son mode d'action ne change point. Il agit toujours, dans cette affection, en rendant au sang ses qualités normales qui sont altérées. Dans cet état, ce liquide ne stimule plus d'une manière physiologique l'organe de la gestation ; de là les différents troubles dans les fonctions de cet organe.

Il est impossible d'admettre, avec Giacomini (*Traité de Thérapeutique et de Matière médicale*, p. 382), que la propriété tonique ou corroborante qu'on attribue au fer ne soit que la conséquence de l'action hyposténisante qui enlève la maladie. D'après cet auteur, ce serait donc en combattant l'artérite qui, suivant lui,

est le principe de la chlorose, que le fer agirait; et il en serait de même dans les inflammations des différents viscères qui compliquent souvent la chlorose.

Il faut également rejeter l'opinion des médecins qui prétendent que le fer n'agit qu'en stimulant l'organisme entier, comme le feraient toutes les substances toniques en général, et qui ne reconnaissent pas à ce précieux médicament un mode d'action particulier dans les affections chlorotiques.

En effet, il suffit de considérer qu'aucun autre médicament ne peut également reconstituer le sang altéré dans cette maladie avec autant d'énergie que les préparations ferrugineuses. D'ailleurs, l'analyse chimique elle-même ne démontre-t-elle pas que ces médicaments ont une action qui leur est propre. C'est ainsi, par exemple, que le quinquina, ce tonique par excellence, n'a pas la propriété du fer dans la chlorose, parce qu'il ne porte pas son action sur les mêmes éléments du sang, et par conséquent ne peut pas le remplacer. D'un autre côté, le fer ne peut pas toujours être substitué au quinquina ni aux autres toniques dans certaines maladies, par exemple dans des affections typhoïdes où la fibrine est modifiée. Le fer n'a aucune influence dans le traitement de ces maladies, parce que l'élément sur lequel il agit n'est pas la fibrine; tandis que le quinquina et toutes les préparations qui contiennent du tanin et de l'acide gallique paraissent se faire sentir sur la fibrine.

Nous croyons que le fer agit dans la chlorose en portant son influence sur les globules du sang, non-seulement en augmentant leur nombre qui est diminué, mais en reconstituant ceux qui existaient dans la masse sanguine et qui étaient altérés.

La preuve la plus évidente que je puisse donner à l'appui de cette opinion, c'est que chez une femme chlorotique qui fut saignée une première fois, dont les globules étaient à 49, et à qui on administra les sels de fer pendant quelque temps, une nouvelle saignée ayant été pratiquée, on trouva 64 en globules. Le traitement fut beaucoup plus prolongé chez une seconde femme dont le sang d'une première saignée contenait 46 en globules. Lorsque les forces furent relevées et les symptômes de la chlorose presque entièrement dissipés, on saigna de nouveau, et on constata 95 en globules. Ces deux faits, rapportés par M. Andral dans son *Cours de Pathologie générale*, démontrent à l'évidence que le fer a une influence très-marquée sur les globules, et non pas sur la fibrine, ainsi qu'on l'avait pensé pendant longtemps.

C'est donc en rendant aux globules le fer qui leur manque, et

en les reconstituant à l'état normal, que les préparations martiales ont un effet si marqué.

Quelque temps après l'emploi de ces préparations, on observe que la couleur pâle de la peau fait insensiblement place au teint clair et rosé des téguments; les yeux reprennent leur expression naturelle. Tous les symptômes nerveux et autres que nous avons rapportés, qui accompagnent souvent la chlorose, tels que gastralgie, céphalalgie, hystérie, insomnie, palpitations, infiltrations, morosité, disparaissent. Les forces musculaires, la respiration, le pouls, l'appétit, etc., en un mot, toutes les fonctions, sous l'influence de l'emploi de ces préparations héroïques, reviennent à leur état physiologique. Il s'opère un changement total dans l'existence des chlorotiques.

Nous ne répéterons pas ici les détails dans lesquels nous sommes entré au sujet du mode d'action des préparations martiales; nous renvoyons nos lecteurs au mémoire que nous avons publié sur ces préparations.

Régime et moyens hygiéniques. — Ce régime doit être tonique, fortifiant, composé de viandes rôties et grillées, d'un vin généreux pur ou coupé avec les eaux ferrugineuses, suivant les circonstances, et en rapport surtout avec les forces digestives. On prescrira l'habitation à la campagne, dans des lieux élevés, bien aérés, secs, chauds, et couverts d'une forte végétation. Les exercices du corps doivent être proportionnés aux forces des malades, qui ont souvent une tendance à l'inaction, à cause de l'inertie musculaire : il faut donc prescrire l'équitation, la promenade à pied ou en voiture, à âne ou sur l'eau, les voyages, la natation. Les bains d'eaux minérales pris à la source sont utiles, tant à cause de leur action tonique que par les agréments qu'ils présentent. Nous avons déjà indiqué quelles sont les eaux les plus avantageuses; nous mentionnerons encore les bains de mer. La danse est aussi fort utile sous le double rapport du mouvement et des secousses qu'elle imprime à l'économie, et des distractions qu'elle procure, de même que tous les jeux et exercices faits en plein air avec des vêtements laissant une entière liberté aux mouvements du corps et des membres. Quand les forces sont un peu revenues, il faut recourir à la gymnastique, qui est un puissant excitant général de tous les appareils organiques, et notamment des appareils circulatoire et locomoteur. C'est en précipitant la circulation et en rendant la respiration plus complète, que la gymnastique favorise la perfection de l'hématose. Quant au mariage, conseillé par certains auteurs, il peut convenir dans quelques cas; mais il ne faut pas perdre de vue que les actes

génitaux agissent en énervant l'économie, et que les malades ont besoin de se fortifier avant de s'y livrer. Il est vrai cependant que le coït agit en excitant l'utérus, en réveillant des sympathies, en stimulant toute l'économie, et qu'on a rapporté plusieurs cas de guérison par le mariage.

La position sociale ne permet pas toujours de se procurer les soins hygiéniques que nous venons d'indiquer; c'est aux médecins à conseiller ceux qui peuvent être en harmonie avec la fortune des individus. C'est ainsi que les femmes d'ouvriers ne peuvent pas toujours habiter la campagne : il faut, dans ce cas, leur conseiller de se promener souvent en plein air hors des portes de la ville, de faire choix de chambres sèches, spacieuses, bien aérées, exposées au midi, etc. Un moyen dont je me suis souvent bien trouvé, ce sont les frictions sèches avec de la flanelle, ou mieux des frictions avec de la flanelle imbibée d'un mélange d'eau-de-vie et d'eau. Ce moyen convient surtout en hiver, lorsqu'il est impossible de faire prendre des bains froids.

Moyens moraux. — Les chlorotiques étant prédisposées aux affections morales, à des mélancolies qui débilitent encore l'organisme, le médecin doit faire tous ses efforts pour concilier l'emploi des moyens moraux qu'il propose avec la position sociale et le degré d'instruction des malades. Il doit combattre par tous les raisonnements possibles ces tendances fâcheuses, et surtout celles qui sont produites par un amour contrarié. Mais c'est là une des charges les plus délicates à remplir.

A l'appui des opinions que nous avons émises, nous croyons ne pouvoir nous dispenser de rapporter sommairement quelques observations de chlorose. Nous ne pensons pas devoir en citer un très-grand nombre, parce que nous étendrions inutilement par là les bornes de ce travail : nous nous contenterons de rapporter six observations. Nous avons surtout recommandé trois préparations martiales : le carbonate, le lactate et l'hydrochlorate de fer ; nous citerons deux faits dans lesquels chacune de ces préparations a été employée.

Obs. I. La D^lle V....., rue du B....., vint me consulter le 25 avril 1841 : elle était âgée de 15 ans, d'un tempérament lymphatique assez prononcé ; elle n'avait jamais été réglée. Elle avait des étouffements au moindre mouvement; l'appétit était dépravé, elle recherchait les aliments acides et de haut goût; elle éprouvait du dégoût pour les viandes ; les digestions étaient laborieuses, elle ressentait à la région épigastrique une douleur qui augmentait surtout à la pression ; il y avait de la constipation ; une forte céphalalgie se faisait sentir ; elle était triste ; ses forces

musculaires étaient abattues ; son pouls était petit, fréquent et irrégulier ; on reconnaissait le bruit de diable dans les carotides. La peau était d'un blanc-jaunâtre, la face bouffie, les extrémités inférieures infiltrées ; les muqueuses étaient pâles, décolorées ; en un mot elle présentait un ensemble de symptômes suffisants pour caractériser la chlorose.

Je la soumis au traitement par le lactate de fer en pastilles, à la dose de 6 grains par jour pendant les cinq premiers jours ; le sixième, je doublai la quantité, ce qui faisait 12 grains en six pastilles, à prendre deux le matin, deux à midi et deux le soir, assez longtemps après les repas. Le onzième jour, je portai le médicament à 18 grains, et le seizième jour la malade en prenait 24. Je continuai cette même prescription pendant six semaines, après lesquelles la guérison était parfaite. Au bout d'un mois de traitement, le bruit de diable avait disparu, ce qui était une preuve évidente que le nombre des globules n'était plus beaucoup au-dessous de leur chiffre physiologique, s'il l'était encore. Pendant le cours du traitement, j'ai fait usage des purgatifs salins pour remédier à la constipation. Le régime et les soins hygiéniques furent observés avec précision, et consistèrent, pour le premier, en viandes rôties, vin de Bordeaux, etc. Je recommandai la promenade au grand air, les frictions sur tout le corps, deux fois par jour, avec de la flanelle imbibée d'eau-de-vie coupée avec de l'eau froide. Après quelques jours de l'emploi de cette médication, l'appétit était revenu et les fonctions digestives étaient rétablies dans leur intégrité normale. Deux mois plus tard, les règles parurent pour la première fois : peu abondantes d'abord, elles augmentèrent à chaque époque menstruelle. Je dois faire observer ici, pour ne plus y revenir, que j'ai l'habitude de continuer le traitement ferrugineux une quinzaine de jours encore après la guérison ; mais alors les martiaux doivent être donnés à doses décroissantes. Lorsque l'appétit est peu développé, la viande doit se donner en petite quantité ; mais quelquefois les forces digestives sont affaiblies au point de ne pouvoir supporter un régime animal. Alors je me borne à faire mâcher les morceaux d'un beefteack saignant, de manière que la malade retire tout le jus de cette viande et rejette le reste. Ce moyen m'a toujours bien réussi.

Obs. II. — Le 28 août 1841, je fus appelé pour donner des soins à Mlle S..... G....., habitant le faubourg St-G....., âgée de 11 ans. Cette personne était d'un tempérament lymphatico-nerveux, habituellement triste, morose et recherchant la solitude ; elle éprouvait une forte céphalalgie frontale continuelle,

de la dyspnée augmentant par le plus petit exercice, des lassitudes spontanées. Il y avait perte d'appétit; les digestions étaient lentes et pénibles, accompagnées de douleurs à l'estomac, qui s'étendaient jusqu'aux omoplates ; il y avait de la constipation. La peau et les muqueuses étaient pâles, décolorées, souvent froides ; le pouls était très-petit, lent; les bruits de souffle se faisaient entendre à la région précordiale et le long du trajet des gros vaisseaux. Ces bruits étaient perçus avec une grande facilité, probablement à cause de son état de maigreur extrême. Cette affection tenait autant de l'anémie que de la chlorose.

Je soumis la jeune malade au lactate de fer, à la dose de 6 grains par jour, en trois pastilles, à prendre une le matin, une à midi et une le soir, pendant cinq jours. Le sixième jour, la dose fut doublée ; elle prit alors six pastilles dans les vingt-quatre heures. Le onzième jour, j'augmentai de trois pastilles ; ce qui faisait 18 grains par jour. Après trois semaines de traitement, la face se colora légèrement, la circulation devint plus rapide, les vaisseaux se dessinèrent mieux sous la peau ; un peu d'embonpoint revint ; les mouvements s'exécutèrent plus librement, et quinze jours plus tard la malade était bien guérie, après cinq semaines de cette médication ferrugineuse.

Le régime et les soins hygiéniques marchèrent de pair avec le traitement pharmaceutique ; ils consistèrent dans une alimentation animale composée de viandes grillées, de vin de Bordeaux coupé avec de l'eau, et plus tard dans les promenades au grand air, les bains froids, etc.

Obs. III.—Le 20 décembre 1841, je fus appelé de la part des parents de Mlle M....., rue de la B....., pour donner mes soins à leur demoiselle âgée de 16 ans, d'un tempérament nerveux, qui se plaignait d'éprouver une forte douleur de tête, une névralgie faciale, des frayeurs subites sans motif; des accès hystériques revenaient presque tous les jours, et elle était d'une susceptibilité extrême. Les menstrues n'étaient pas encore établies et se trouvaient remplacées par une leucorrhée abondante ; il y avait constipation ; l'appétit était assez bon, et les digestions se faisaient avec une étonnante rapidité, à tel point qu'elle éprouvait le besoin de manger peu de temps après les repas.

La couleur de la peau était d'un jaune faible; le pourtour des lèvres, les ailes du nez, offraient une teinte pâle et blafarde ; les muqueuses étaient un peu décolorées, le pouls petit et fréquent, la peau assez chaude ; les bruits de soufflet se faisaient peu entendre dans les gros vaisseaux ; les battements du cœur étaient peu développés.

Je prescrivis l'hydrochlorate de fer à la dose de 6 grains en trois pilules par jour, pendant cinq jours. Le sixième, je portai la dose à 12 grains, et la continuai jusqu'au onzième jour ; je l'augmentai ensuite de 3 grains, et je m'en tins là jusqu'à parfaite guérison, qui eut lieu vers le 26 janvier, après un mois de traitement.

Le régime fut d'autant plus fortifiant que l'estomac de la malade fonctionnait avec une grande énergie ; elle digérait les viandes rôties avec beaucoup de facilité, ainsi que le vin de Bordeaux ; ce qui contribua au prompt rétablissement de sa santé. De temps en temps, je fis prendre à la malade l'eau de Sedlitz pour remédier à la constipation.

La saison étant fort mauvaise, je lui fis faire dans un salon peu échauffé quelques exercices corporels en rapport avec l'état des forces musculaires. Les frictions froides avec l'eau-de-vie coupée d'eau ne furent pas négligées. Sous l'influence de tous ces moyens, les accès hystériques diminuèrent bientôt ; ils ne revinrent plus que de loin en loin, pour disparaître entièrement avant la fin du traitement.

Obs. IV. — Le 12 mars 1843, les parents de la D^lle V....., rue des F....., me prièrent de donner mes soins à leur fille âgée de 21 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, et dont les règles étaient supprimées depuis trois mois. Il résulta de l'interrogatoire que je fis subir à cette personne qu'elle avait eu quelques contrariétés d'amour : elle souffrait beaucoup de l'estomac, surtout après les repas ; elle éprouvait de la répugnance pour les aliments ; les digestions étaient pénibles et accompagnées d'éructations continuelles et de bâillements ; diarrhée verdâtre, douleur dans les reins, flux leucorrhoïque, fatigues au moindre mouvement, gêne de la respiration quand elle marchait vite, ou bien lorsqu'elle devait monter les escaliers. La peau et les muqueuses étaient pâles, décolorées, la face bouffie, le pouls lent, et les divers bruits de souffle bien caractérisés dans le cœur et les gros vaisseaux ; elle était triste et morose.

Je fis administrer l'hydrochlorate de fer à petites doses, 3 grains par jour. Ce médicament fut mal supporté : la malade éprouvait après son ingestion une chaleur ardente à l'estomac (pyrosis). Je fus forcé de suspendre le traitement tonique pour recourir à une médication calmante ; je prescrivis des pilules composées de 2 grains d'extrait de valériane, 1 grain d'oxyde de zinc et 1 grain d'assa fœtida, à prendre trois par jour, une le matin, une à midi et une le soir, bien décidé, avant de reprendre les ferrugineux, à combattre cette gastralgie qui me paraissait être indépendante

de la chlorose. L'usage de ces pilules amena une amélioration dans les fonctions digestives ; car bientôt les digestions devinrent moins pénibles, et la malade put digérer une petite quantité d'aliments. Le huitième jour, je lui prescrivis six de ces pilules dans l'espace de vingt-quatre heures, et je continuai leur emploi jusqu'au vingtième jour, époque à laquelle les digestions devinrent beaucoup plus faciles ; en même temps les douleurs avaient disparu ainsi que la diarrhée. L'état du tube digestif me parut alors revenu dans des conditions assez favorables pour être autorisé à reprendre l'usage des préparations martiales. Je soumis de nouveau la malade à l'hydrochlorate de fer, d'abord à la dose de 3 grains par jour, qui furent assez bien supportés ; le sixième jour, j'augmentai la dose de 3 grains, et le onzième elle fut portée à 9 grains, pour être continuée jusqu'au seizième, époque à laquelle la malade en prit 15 grains. Je ne dépassai pas cette dose. Après un traitement de deux mois, y compris les vingt premiers jours, la malade était radicalement guérie ; les règles reparurent le 5 mai pour la première fois, d'abord faibles ; mais à l'époque menstruelle suivante, qui arriva au commencement de juin, elles furent beaucoup plus abondantes. Pour remédier à la constipation qui a duré pendant tout le cours de la maladie, j'ai employé l'eau de Sedlitz. Le régime et les soins hygiéniques furent dirigés concurremment avec le traitement pharmaceutique ; mais ce ne fut qu'après bien des ménagements que je parvins à lui faire digérer les viandes rôties et le vin de Bordeaux. Les bains froids, dans lesquels je faisais dissoudre dix livres de sel marin, et la promenade au grand air, contribuèrent à la guérison. Nous eûmes beaucoup de peine à convaincre la malade que le jeune homme dont elle était éprise ne lui convenait sous aucun rapport ; nous finîmes cependant par y parvenir, et dès ce moment la malade marcha d'un pas rapide vers la guérison.

Obs. V. — La fille M..., âgée de 19 ans, demeurant rue des V..., dans une petite maison malsaine, mal aérée, humide, vint réclamer mes soins le 13 novembre 1842. Elle éprouvait des vomissements fréquents qui avaient lieu deux ou trois heures après les repas, et qui contenaient une partie des substances alimentaires ; la langue était à son état naturel ; pas de soif ; elle éprouvait fréquemment, dans le courant de la journée, une forte céphalalgie, des douleurs dans les articulations, accompagnées d'un engourdissement moral et physique. La peau avait la couleur de la cire vierge vieillie ; les muqueuses étaient pâles, la face bouffie, les extrémités inférieures infiltrées ; le pouls était petit et dépressible, ayant à peu près sa fréquence normale ; les

bruits du cœur et des gros vaisseaux assez prononcés ; dyspnée à la moindre fatigue, constipation : la peau était sèche sans chaleur morbide, l'embonpoint médiocre ; mais les chairs étaient molles et flasques.

Je lui fis prendre le carbonate ferreux, d'abord à la dose de 6 grains par jour, et il fut bien supporté ; du sixième au onzième jour, on en administra 12 grains, puis il fut porté à 18, pour être continué ainsi jusqu'au 15 décembre, époque à laquelle la jeune fille était entièrement rétablie.

Le traitement ferrugineux n'empêcha pas les vomissements de continuer ; ce qui me força de recourir aux pilules composées de la manière suivante : extrait de valériane, 2 grains ; oxyde de zinc et assa fœtida, 6 grains, concurremment avec les préparations de fer. Ce moyen me réussit à merveille : les vomissements cessèrent après que la malade eut fait pendant quelques jours usage de ces pilules ; ce qui prouve que la gastralgie liée à la chlorose réclame parfois un traitement particulier. Il aurait été possible cependant que ces vomissements eussent cessé à l'aide du traitement ferrugineux prolongé.

Le régime et les soins hygiéniques activèrent encore la guérison. J'avais conseillé à la malade de quitter sa demeure, de prendre un quartier plus grand, exposé au midi, et dans un endroit plus salubre, mieux aéré que celui qu'elle habitait auparavant, de faire de longues promenades en plein air hors des portes de la ville. En même temps je l'avais engagée à se frictionner tout le corps avec de la flanelle imbibée d'eau-de-vie et d'eau. Je recommandai un régime aussi tonique que ses moyens le lui permettaient.

Obs. VI. — Le 2 février dernier, je fus appelé pour donner des soins à la fille P..., âgée de 20 ans, habitant une petite rue dans le voisinage des M... : elle avait un tempérament lymphatique très-prononcé, pour ne pas dire scrofuleux. Réglée depuis environ deux ans, elle avait remarqué que la durée de l'écoulement augmentait à chaque époque menstruelle, et la dernière était devenue extrêmement forte ; ce qui contribua beaucoup à affaiblir cette jeune fille. Aussi la peau était-elle devenue sèche, pâle et décolorée, ainsi que les muqueuses ; les extrémités inférieures étaient infiltrées, la face bouffie. Il existait un engorgement glandulaire du cou ; le pouls était petit, fréquent ; des accès fébriles revenaient à des intervalles plus ou moins éloignés dans la journée. Le sang qui s'écoulait par le vagin était pâle, rosé, séreux. Les bruits de souffle se faisaient entendre avec force vers la région du cœur et le long du trajet des gros vaisseaux ;

les selles étaient verdâtres et souvent répétées, les urines rares. Il y avait peu d'appétit ; la langue était chargée de matières blanchâtres. La malade éprouvait des lassitudes spontanées, de la fatigue au moindre mouvement ; aussi elle avait une répugnance invincible pour la marche. On remarquait en elle une insouciance complète, une tendance prononcée au sommeil ; le système nerveux était comme engourdi.

Dans cet état, quoique la fièvre fût presque continue, je la soumis au traitement par le carbonate ferreux à la dose de 6 grains par jour pendant l'espace de cinq jours ; le sixième, j'augmentai de moitié, et le onzième la dose fut portée à 18 grains, pour être continuée jusqu'au 1er avril.

En même temps que je faisais usage des préparations ferrugineuses, j'administrai l'ergot de seigle pour diminuer le flux menstruel, qui était devenu inquiétant à la dernière époque des règles. Je le prescrivis à la dose d'un demi-gros par jour, à prendre le soir en trois doses, à trois heures d'intervalle, pendant six jours. Sous l'influence de ce médicament et des préparations martiales, la durée des règles fut beaucoup moins longue, et elles furent moins abondantes. A la dernière époque du flux cataménial, sa durée ne fut plus que de quatre jours.

Le 1er avril, tous les symptômes que nous avons énumérés plus haut avaient disparu. Il ne restait plus qu'un engorgement strumeux des glandes du cou, qui fut avantageusement combattu par l'iodure de fer que je substituai au carbonate ferreux, et j'eus la satisfaction de voir survenir une amélioration rapide sous l'influence de ce traitement.

Le régime et les soins hygiéniques furent dirigés avec autant de soins que la position sociale de la malade le permettait ; seulement j'insistai pour qu'elle quittât son quartier et qu'elle se logeât dans un endroit plus sain jusqu'à parfaite guérison.

HISTOIRE DE LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ ;

Par le docteur ROSENBAUM.

(Traduit de l'allemand, par J. Santlus, ex-médecin militaire, et revu par M. le docteur Ducmolle.)

(Suite : *voir le n° de février* 1846, p. 140.)

§ XII.

De la pédérastie.

Nous avons, par ce qui précède, fait voir combien le libertinage éloigne du but naturel du rapprochement des deux sexes, c'est-à-dire de la procréation ; nous avons indiqué la cause première de la dépravation et par quels moyens elle s'étendit de plus en plus. Les plaisirs sensuels, qu'il était si facile de satisfaire par la voie naturelle, devaient bientôt perdre le charme attaché à leur nouveauté, et le libertin corrompu, blasé sur l'acte simple du coït, n'eut plus d'autre idée que de le dénaturer.

On inventa donc mille moyens d'augmenter la somme des jouissances charnelles. Quoique les *figuræ Veneris legitimæ* ne soient pas dépourvues de tout intérêt pour le médecin (1), leur connaissance, du moins quant au sujet qui nous occupe, n'est pas d'une nécessité absolue. Le cas est différent pour les figures de la *Venus illegitima*, dont la plupart ont été négligées par les auteurs qui ont écrit sur la syphilis. Il en résulte qu'on a des données fausses sur plusieurs maladies, et qu'on a regardé comme des affections certains symptômes qui en réalité n'étaient autre chose que le signe d'un usage extra-naturel des organes sexuels. La voie que doit suivre l'historien est difficile : si, comme le dit S. Paul (2), il se met au-dessus des reproches qu'on pourrait lui faire au nom de la morale, c'est sur sa propre force seulement qu'il peut compter, tout appui étranger lui manquant.

En effet, les milliers de dictionnaires grecs et latins ne lui sont presque d'aucun secours : il est d'abord forcé de rechercher en quoi ils sont fautifs ; puis il aura à lutter avec les philologues sur l'interprétation des ouvrages anciens, quand il voudra rectifier les inexactitudes qu'il aura découvertes. Quiconque est tant soit peu

(1) *Voy.* Gruner, Ch. G., *Dissertatio de coitu ejusque variis formis, quatenus medicorum sunt.* Jenæ, 1792, in-4°. — *Voy. Salzburg. Medicinisch-chirurgische Zeitung*, année 1796, vol. III, p. 5. — Forberg, p. 118.

(2) *Ad Titum*, cap. I, vers. 15. *Panta men kathara tois katharois; tois de miasmenois — ouden katharon , alla memiantai autôn kai o nous kai ê syneidêsis.* Le père de l'Église Clément d'Alexandrie, parlant longuement de la pédérastie, dit dans *Pædagog.*, lib. III, cap. 3 : *ei gar mêden aprakion autois hypoleipetai oude êmoi arrhêton.*

initié aux études de l'antiquité, comprendra ce que c'est qu'une entreprise pareille. Il faut néanmoins en faire l'essai, si nous voulons jeter quelque jour sur la matière que nous traitons. C'est dans ce but que nous présenterons les résultats suivants de nos recherches. Nous nous empressons, avant tout, de déclarer que nous avons mis à profit les mémoires de Forberg (1) et de Meyer (2).

La pédérastie, comme tous les excès vénériens, paraît avoir pris naissance sous le ciel de l'Asie, dont le climat excite et porte naturellement à la volupté et à la débauche. Si, outre ces paroles de Forberg : « Et voluptas quidem pædiconis facile intelligitur, « cum omnis voluptas mentulæ pendeat ex frictione, » on considère que, chez les femmes de l'Asie, de l'Italie et de l'Espagne (3), les parties génitales ainsi que tout le reste du corps sont très-relâchés, et que le *sphincter ani* (4) est bien plus fort que le *con-*

(1) *Antonii Panormitæ Hermaphroditus.* Primus in Germania edidit et apophoreta adjecit Fridericus Carolus Forberg. Coburgi, 1824 ; in-8°. Les *apophoreta* de l'auteur traitent, pages 205-393, *de figuris Veneris*, savoir, au chap. 1, *de fututione*, pages 213-234 ; c. 2, *de pœdicatione*, p. 234-277; cap. 3, *de irrumando*, p. 277-304; cap. 4, *de masturbando*, p. 304-321; cap. 5, *de cunnilingis*, p. 322-345 ; cap. 6, *de tribadibus*, p. 345-369 ; cap. 7, *de coitu cum brutis*, p. 369-372 ; cap. 8, *de spintris*, p. 373. Les passages qui concernent ce sujet sont très-bien décrits dans ce livre, qui donne l'indication des sources où l'auteur a puisé et des citations des textes originaux. — Rambach ; Voy. *Glossarium eroticum* ou *Commentaire des poëtes et prosateurs de l'antiquité, et supplément à tout dictionnaire de la langue latine*; 2e édit., Stuttgardt, 1836. Malheureusement nous n'avons pu consulter cet ouvrage.

(2) Ersch et Gruber, *Allgemeine Encyclopaedie*, sect. III, vol. 9, pages 149-189 ; article *Pédérastie*.

(3) Patentiora sunt nobis Italis Hispanisve, quis neget? Veneris ostia. — Aloysia Sigæa, *Satira sotadica*, p. 305. — (*Voy.* Martial, lib. XI, Epigr. 22.) Ce que dit d'une femme ce poëte (lib. XI, Epigr. 79), pourrait bien avoir été plus rare et seulement applicable à des temps postérieurs ; en voici le texte :

Pædicare semel cupido dabit illa marito,
Dum metuit teli vulnera prima novi.

(Voy. *Priapeia*, carm. II.)

(4) C'est pourquoi les Grecs appelaient aussi le pathicus *sphigktêr* ou *sphigktês*. — Hesychius dit : *sphigktai* hoi kinaidoi kai hapaloi. Photius : *sphigktai Kratinos tous kinaidôdeis* kai malthakous. — Strato, *In Antholog.* (M. S.).

Sphigktêr ouk estin para parthenô, oude philêma
Haploun, ou physikê chrôtos eupnoiê.

Hesychius s. v. megarikai sphigges : Kallias pornas tinas houtôs eirêkein. — Suidas s. v. megarikai sphigges : hai pornai houtôs eirêntai ; isôs de enteuthen kai sphigktai hoi malakoi ônomasthêsan ; ê kai apo Maias houtô legomenês en Megarois :

All' estin hêmin Megarikê tis mêchanê;

anti tou, ponêra; dieballonto gar epi ponêria hoi Megareis.

strictor cunni, on reconnaîtra que l'apôtre S. Paul a eu raison de dire (1) : Leurs cœurs étant pleins de désirs, Dieu les abandonna à l'impudicité, afin que leurs corps fussent déshonorés. — De même que les *femmes changèrent en plaisirs contre nature la jouissance sexuelle naturelle*, de même les hommes, renonçant à la cohabitation avec la femme, convoitèrent des individus de leur sexe et firent avec eux des choses honteuses. Le coït selon les lois de la nature, en Asie, appartenait au culte de Vénus ; la pédérastie en faisait aussi partie, comme nous le voyons dans l'extrait suivant de S. Athanase (2) : « Sane olim Phœniciæ mulieres in ido-
« lorum templis prius prostabant, suique meretricii quæstus pri-
« mordia diis, qui illic colebantur, consecrabant, suam deam
« stupris propitiam reddi, benevolentemque hoc pacto effici ratæ.
« *Viri quoque propriam ementiti naturam, nec amplius mares esse*
« *sese patientes, in feminas se converterunt, pergratum et honorifi-*
« *cum matri deorum se ita facturas arbitrati.* Omnes denique una
« cum perditissimis vivunt, et secum ipsi pugnant, ut pejores
« quotidie evadant, atque ut ita dixit sanctus Christi minister
« Paulus (*suit le passage de S. Paul cité plus haut*). — Hæc au-
« tem et similia agendo, fatentur certe et arguunt deos, quos ipsi
« colunt, hujusmodi vitam duxisse, scilicet ex Jove puerorum
« corruptiones atque adulteria, ex Venere meretriciam vitam, —
« ex aliis alia didicere, quæ quidem cum leges puniunt, tum probi
« homines abhorrent. » Ce passage nous explique pourquoi, dans l'Ancien Testament, on a donné aux *cinœdi* et aux *pathici* le nom de *kadesch (sanctus)*, mot qui, dans l'origine, voulait dire une personne se prostituant dans les temples en l'honneur de la divinité. Nous sommes portés à penser, relativement aux prêtres de Cybèle, etc., que l'opinion qu'on se faisait des eunuques, connus sous le nom de *Galli*, ne repose en principe que sur une fausse

(1) Epître aux Romains, chap. I, vers. 24-27.

(2) *Oratio contra Gentes*, cap. 26, dans *Opera omnia studio Monachorum Ord. S. Bernardi;* Patavii, 1777, in-fol. Tom. I, p. 1. : Gynaikes goun en eidôleiois tês Phoinikês palai proekathezonto, aparchomenai tois ekei theois heautôn tên tou sômatos autôn mistharnian, nomizousai tê porneia tên theon heautôn hilaskesthai, kai eis eumeneian agein autên dia toutôn, *andres de tên physin arnoumenoi, kai mèketi einai thelontes arrhenes, tên gynaikôn plattontai physin, hôs ek toutôn katathymia; kai timên tê mêtri tôn par' autois legomenôn theôn poiountes,* pantes de homou tois aischistois biousi, kai tois cheirosin heautois amillôntai ; kai hôs eipen ho hagios tou Christou diakonos Paulos. — Tauta de kai toiauta prassontes, homologousi kai elegchousi kai tous legomenous autôn theous toiouton eschêkenai ton bion, ek men gar Dios tên paidophthorian kai tên moicheian, ek de Aphroditês tên porneian — kai ex allôn alla toiauta memathêkasin, ha hoi nomoi men kolazousi, pâs de sôphrôn anêr apostrephetai.

interprétation des mots *eunouchoi* et *androgynoi;* car ces expressions ne signifiaient d'abord que *kinaides*. Du moins ce n'est que plus tard que la pédérastie devint une cause de la castration, opération par laquelle on prétendait conserver plus longtemps à l'homme sa jeunesse, en le faisant approcher davantage de la nature de la femme. La citation suivante de Lucien (1), dont les écrits ne sont pas sans intérêt pour l'histoire de la pédérastie, nous en fournit une preuve : « Lorsque l'on vivait encore selon « les mœurs de l'ancien temps, et que l'on respectait la vertu, « fille des dieux, on se conformait aux lois de la nature, et ceux « qui se mariaient à un âge convenable procréaient des enfants « vigoureux. Peu à peu, en descendant des régions élevées de la « morale dans le goufre de la débauche, on chercha à satisfaire « les plaisirs sexuels par des moyens infâmes et brutaux. La dé- « pravation se répandit partout, et on foula aux pieds les lois de « la nature. Il se trouva un homme qui le premier prit son sem- « blable pour femme, et sur lequel, soit par violence ou par ruse, il « exerça sa brutalité ; et c'est ainsi que deux individus du même « sexe s'accouplèrent dans la même couche, et n'eurent pas honte « de ce qu'ils faisaient et de ce qu'ils laissaient faire sur eux. Se- « mant, comme on le dit, sur un rocher stérile (2), ils recueillaient « beaucoup de honte et de maux pour peu de plaisir. Quelques- « uns, dans le dernier abrutissement de cette vie abjecte, allèrent jus- « qu'à s'enlever avec le fer les parties qui leur donnaient le « caractère d'homme, et crurent mettre le comble à leur volup- « tueuse infamie en s'arrachant les signes de la virilité. Mais « ces malheureux, en voulant prolonger leur état de garçons, ne

(1) *Amor.*, cap. 20-21. On répète, suivant Cléarque, que l'hétaire Glycère a dit : *kai hoi paides eisi kaloi, hoson eoikasi gynaiki chronon.* Athenæus, *Deipnos.*, lib. XIII, p. 605. D. Dans les *Annotationes ad Terentii Eunuchum*, il est rapporté, d'après Hellanicus, que l'usage de châtrer les garçons est venu de Babylone. Hérodote raconte, lib. III, 92, que les habitants de cette ville étaient tenus de fournir annuellement au roi des Perses, à titre de tribut, 500 châtrés.

(2) Nous trouvons dans Phlegon, *De rebus mirabilibus*, c. 26, une observation curieuse qui y est mentionnée sur la parole de Dorotheus, médecin d'Alexandrie en Egypte, suivant laquelle un cinède serait accouché d'un enfant qu'on y aurait conservé. Voici le texte : Dôrotheos de phêsin ho iatros en Hypomnêmasin, en Alexandreia, tê kat' Aigypton, kinaidon tekéin ; to de brephos taricheuthen, charin tou paradoxou, philattesthai.—Il est dit la même chose, dans le chapitre suivant, d'un soldat de l'armée romaine en Germanie, commandée alors par T. Curtilius Mancias. Ces faits pourraient bien gagner un peu en probabilité par les études récentes sur le fœtus dans le fœtus. Du reste, l'expression *semer sur un rocher stérile* se trouve très-souvent dans les pères de l'Eglise, lorsqu'ils parlent de la pederastie.

« restaient pas plus longtemps hommes, et un type équivoque « d'un sexe double leur faisait bientôt perdre le caractère de leur « nature primitive : ils ne savaient même plus à quel genre ils ap- « partenaient. La force de la jeunesse ne les épuisait que plus vite ; « et pendant qu'on les comptait encore parmi les adolescents, ils « étaient déjà des vieillards ; il n'y avait point pour eux d'âge inter- « médiaire. C'est ainsi que la volupté, puisant un plaisir dans « l'autre, et poussant à tout ce qu'il y a de plus honteux et de plus « dépravé, conduisit à un vice que la pudeur défend de nommer « *(mechri tês rhêthênai dynamenês euprepôs nosou)*, de sorte qu'au- « cun genre de jouissance ne leur resta inconnu. » Plus tard, on pratiqua la castration dans un autre but : celui qu'avaient les femmes de se livrer sans danger de grossesse aux embrassements des eunuques (1). Il paraît que les Juifs ont connu la pédérastie en Syrie (2), où elle était pratiquée particulièrement. Ce furent les Phéniciens, ou, comme le veut Welker (3), les Lydiens qui les premiers apportèrent ce vice en Crète, d'où il se répandit dans toute la Grèce (4). L'amour pour les garçons, comme le culte

(1) Juvenal, Sat., VI, 371 :

Sunt quas eunuchi imbelles ac mollia semper
Oscula delectent et desperatio barbæ,
Et quod abortivo non est opus, illa voluptas
Summa tamen, quod jam calida matura juventa
Inguina traduntur medicis, jam pectine nigro.
Ergo exspectatos ac jussos crescere primum,
Testiculos, postquam cœperunt esse bilibres,
Tonsoris damno tantum rapit Heliodorus.

Martial, VI, 67 :

Cur tantum Eunuchos habeat tua Gellia, quæris
Pannice ? vult futui Gellia, non parere.

« In longam securamque libidinem exsectus spado, » dit S. Jérome, Galenus (*De usu partium*, lib XIV, 15, édit. Kühn, vol IV, p. 571) cite le fait remarquable qu'à Olympie on a fait la castration aux athlètes pour que leur force ne se perdît pas dans le commerce avec les femmes. Peut-être aurait-on mal compris les *Olympia agona*.

(2) Genèse, XIX, 4. — Levit., XVIII, 2 ; XXIX, 13.

(3) Eschyle, *Trilog.*, p. 356.

(4) Athenæus, *Deipnosoph.*, p. 602 : tou paiderastein para prôtôn Krêtôn eis tous Hellênas parelthontos, hôs istorei Timaios. — Heraclit. Pontic., *Fragment. peri polit.*, III, p. 7. — Servius, *Ad Virgilii Æneid.*, lib. X, 325 : « De Cretensibus accepimus, quod in amore puerorum intemperantes fuerunt, quod postea in Laconas et totam Græciam translatum est. — (*Voy.* K. O. Muller, *Die Dorier.*, vol. II, p. 240 et suivantes. — K. Höck, *Creta*, vol. III, p. 106.)

La pédophilie était en Crète, comme dans tous les Etats doriques, pratiquée généralement ; néanmoins on se livrait aussi, et assez fréquemment, à la pédérastie, comme le prouvent les paroles de blâme de Platon (*De Legib.*, lib. I,

de Vénus, prit dans ce pays une autre physionomie; il fit partie de l'éducation, sous le nom de *paidophilia*, et il passait pour être agréable et consacré à l'Eros céleste, tandis que la pédérastie appartenait à l'Eros vulgaire. On a confondu jusqu'à nos jours la pédophilie avec la pédérastie, et on a ainsi chargé la nation grecque d'une tache honteuse, dont Meyer, suivant en cela l'exemple de Jacobs et de K. O. Muller *(l. c.)*, vient de la laver. En effet, toutes deux ont existé l'une à côté de l'autre; mais les Grecs n'ont jamais toléré la pédérastie (1), car à Sparte elle était punie du déshonneur, de l'exil et de la mort (2). Mayer *(l. c.)* a suffisamment démontré qu'il en fut de même à Athènes. Il est évident que les lois contre cette infamie n'ont été données qu'après Solon; mais on sait aussi que ce ne fut que vers cette époque que ce vice se répandit et que les maisons publiques se multiplièrent. Il est vrai que plus tard Athènes acquit tout autant de célébrité

636; lib. VII, 836) et celles de Plutarque (*De pueror. educat.*, c. 14) et le *Krêta tropon* (Hesychius). Il n'est guère douteux que le mot *krêtizein* doive être interprété dans ce sens (Pfeffinger, *de Cretum vitiis*, Argentorat., 1701, in-4°). Cela pourrait bien avoir conduit Aristote (*Polit.*, II, 7, 5) à l'idée que le législateur introduisit la pédérastie en Crète pour prévenir la trop grande augmentation de la population. Du moins Hesychius dit : « Krêta tropon, paidikois chrêsthai. » —Nous parlerons plus tard des Scythes.

(1) Plutarque, *Eroticus*, cap. 5 : Hê de apo tôn arrhenôn akontôn, meta bias genomenê kai leêlasias, an de hekousiôs, syn malakia kai thêlytêti bainesthai kata Platôna *nomô tetrapodos kai paidosporeisthai para physin* endidontôn, *charis acharis* pantapasi kai aschêmôn kai *anaphroditos*. Le passage que Plutarque désigne ici se trouve dans *Platonis Phædr.*, p. 250. E : Hôste ou sebetai prosorôn, all' hêdonê paradous *tetrapodos nomon bainein* epicheirei kai paidosporein, kai hybrei prosomilôn ou dedoiken oud' aischynetai para physin hêdonên diôkôn.

Athenæus, *Deipnosoph.*, lib. XIII, p. 605.—Lucien, *Amor.*, 19.—Philo, *De legibus*, spec. II, p. 306. 17.—Libanius, *Orat.*, XIX, p, 500 : hê paranomos Aphroditê.—Galen. *De diagnos. et curat. anim. affect.*, ed. Kühn, vol. V, p. 30. Tês para physin aischrourgias. On trouve dans l'*Antolog. græca*, lib. II, tit. 5, n° 10, le distique suivant d'un auteur inconnu :

Hyios Patrikiou mala kosmios, hos *dia Kyprin*
Ouch hosiên hetarous pantas *apostrephetai.*

Avant toute autre citation, il faut ici rapporter ce passage d'Eschine, *Orat. in Timarch.*, ed. Reiskii, p. 146 : horizomai d' einai, to men eran tôn kalôn kai sôphronôn, philanthrôpou, pathos kai eugnômonos psychês; to de aselgainein argyriou tina misthoumenon, hybristou kai apaideutou andros ergon einai hêgoumai; kai to men adiaphthorôs erasthai, phêmi kalon einai ; to de eparthenta misthô peporneusthai, aischron. Quiconque lira avec attention ce passage et ce qui suit dans le texte, ne pourra plus confondre la pédophilie avec la pédérastie, et soutenir que les Grecs auraient approuvé cette dernière.

(2) Elien, *Var. hist.*, III, 12.—Xénophon, *De republica Lacedæm.*, II, 13. *Sympos.*, VIII, 35.—Platon, *De legibus*, VIII, p. 912.

par sa pédérastie que Corinthe par ses courtisannes (1). Aussi voyons-nous qu'Aristophane, dans ses comédies, dut maintes fois fustiger les *pathici*. Il faut convenir que les gymnases et les palestres donnèrent lieu à plus d'une occasion de ce genre, car Aristophane (2) dit : « Autrefois, il était défendu à un garçon d'être « assis dans l'arène autrement qu'en pantalon qui descendait bas « sur les cuisses, afin de ne montrer rien d'indécent aux étrangers ; « il n'oubliait jamais, lorsqu'il se levait, d'effacer jusqu'à la trace « de sa place, pour que l'empreinte des parties naturelles n'excitât « aucun désir chez les amoureux. » Dans le voisinage des gymnases et des palestres se trouvaient les boutiques des barbiers *(koureia)* (3) des pommadiers *(myrôpoleia)* (4), des médicastres *(iatreia)* (5), des changeurs *(trapezai)* (6), les maisons de bains (7) et presque tous les ateliers *(ergastêria)* (8). Ces établissements servaient de lieux de réunion aux pédérastes, aux pathici, les uns pour y choisir les victimes de leur dépravation, les autres pour le devenir. Il est bien probable que beaucoup de propriétaires de ces lieux servaient de maquereaux *(proagôgoi, mastropoi)*. L'acte impudique même s'exerçait dans des lieux retirés et obscurs, et principalement à la Pnix (9).

(1) Lucien, *Amor.*, 41. Mêden achthesthès, ei tais Athênais hê Korinthos eixei. Les scoliastes ajoutent cette explication : ê hôs tês Korinthou men anakeimenês Aphroditê (dio kai pollê en Korinthô hê gynaikeia mixis). Athênôn de paiderastia kômôntôn êtoi tê kata philosophian kai sôphroni ê tê tô onti miara kai diabeblêmenê.—Aristophane, *Plutus*, v. 149-152 :

Kai tas ch' hetairas phasi tas Korinthias,
Hotan men autas tis penês peirôn tychê
Oude prosechein ton noun ; ean de plousios,
Ton prôkton autas euthys hôs touton trepein.

(2) Aristophane, *Nubes :* traduit en allemand par F. A. Wolf; vers 966.

(3) Lysias, *Contr. Pankl.*, 731. Il en résulte encore que chaque *demos* avait en ville son propre *koureion.* — Démosthène, *Cont. Aristogit.*, 786, 7. — Théophraste, *Charact.* VIII. 5, XI. — Plutarque, *Sympos.*, V, 5. — Aristophane, *Plut.*, 339.

(4) Aristophane, *Equit.*, 1380, où il s'est servi des mots *ta meirakia tautô myrô* dans un sens double.

(5) Elien, *Var. hist.*, VIII, 8. —Eschine, *In Timarch.*, § 40, dit que Timarque ne s'est pas tenu dans la boutique d'Enthydicus pour étudier la médecine, mais pour y vendre son corps.

(6) Théophraste, *Charact.*, V, edit. Ast., pag. 183.

(7) Théophraste, *Charact.*, VIII, 4.

(8) Xénophon, *Memorab.*, IV, 2, 1. Diogène Laerce, III, 21.

(9) Eschine, *In Timarch.*, p. 35 : tas erêmias kai to skotos en pleistê hypopsia poioumenos, p. 112, p. 90. Hê praxis hautê eiôthe gignesthai lathra kai en erêmiais. Il est dit p. 104 : Timarque a plus d'expérience *peri tês erêmias tautês kai tou topou en tê Pnyki* que l'Aréopage. (*Voy.* Platon, *Sympos.*, p. 217. b.)

On a dit non-seulement que la pédérastie était pratiquée chez les Eléens et les Béotiens; mais on prétend même qu'elle y était autorisée (1). Bien qu'on reproche à Mégare d'être *hybris* (2) (expression signifiant ordinairement pédéraste), nous doutons cependant que le temple de l'*Aphroditê Praxis*, dont parle Pausanias (3), ait rapport au sujet qui nous occupe. Cet écrivain dit : « Après le sanc-« tuaire de Dionysus, on montre encore un temple de Vénus, dont « la statue en ivoire est appelée Praxis : c'est la plus ancienne de « ce temple.» Du reste, aucun écrivain de l'antiquité ne fait mention d'un culte pareil à Mégare; et quoique le mot *praxis*, comme l'a prouvé Meyer (*l. c.*, p. 153, not. 49) par des exemples, ait été usité principalement pour indiquer la pédérastie, le passage suivant d'Euripide, Jon. 894 :

theos homeunetas ages anaideia
kypridi charin prasson,

prouve clairement que l'expression *prassein* était en général employée pour exprimer le coït (4). De plus, dans la citation de Plutarque rapportée plus haut, la pédérastie est nommée *charis acharis*, puis *Eros*, *Aphroditês mê parousês*; *Erôs chôris Aphroditês*. Comment veut-on alors que ce vice ait été placé, en Grèce, sous le patronage de Vénus. Il est certain que *praxis* est ici synonyme de *pornê*, et que l'*Aphroditê praxis*, à Mégare, n'est autre que l'*Aphroditê pornê* des autres villes. — Chalcis jouissait d'une si mauvaise réputation à cause de ses habitudes pédérastiques (5), qu'on disait proverbialement : *chalkidizein* pour *paideirastein*; il en était de même à Chios et à Siphnos, comme le démontrent les expressions *chiazein* et *siphniazein*. Hesychius dit : *siphniazein, katadaktylizein*; *diabeblêntai gar hoi Siphnioi hôs paidikois chrômenoi*; *siphniasai oun to skimalisai*. Cependant la première inter-

(1) Platon, *Sympos.*, p. 182. 6.—Xénophon, *Sympos.*, VIII, 34.—Cicéron, *De Republic.*, IV, 4. Apud Eleos et Thebanos in amore ingenuorum libido etiam permissam habet et solutam licentiam.—Maximus Tyrius, *Diss.*, XXXIX, p. 467.—Plutarque, *De pueror educat.*, c. 14. L'amour pour les garçons était encore plus décrié à Eleusis qu'en Béotie.—Xénophon, *de Republic. Lacedæmon.*, II. 13.—Maximus Tyrius, *Diss.*, XXVI, p. 317.

(2) Theognis, *Sentent.*, 39.

(3) *Descript. Græciæ*, lib. I, c. 43. Meta de tou Dionysou to hieron estin Aphroditês naos; agalma de elephantos Aphroditê pepoiêmenon, Praxis epiklêsin; touto estin archaiotaton en tô naô.

(4) Pollux, *Onomast.*, lib. VII, cap. 33, dit : ei de chrê kai ta aischious *praxeis* technas onomazein ; et il cite ensuite les diverses dénominations des femmes et des maisons publiques, etc.

(5) Hesychius s. v. *chalkidizein*. Athenæus, *Deipnos.*, lib XIII, p. 601. e. Plutarque, *Amat.*, 38, 2.

prétation par *katadaktylizein*, ainsi que la note de Suidas (1), font voir clairement que dans l'île de Siphnos (une des Cyclades) on pratiquait une espèce d'art d'*onania postica*, s'il est permis de l'appeler ainsi. A l'instar de ce cordonnier de Vienne, qui, pour calmer le *prurigo ani*, y poussa le manche de son marteau, qu'il ne put retirer, les Siphniens se servaient du doigt (2).

Selon Suidas s. v. *Thamyris*, les Italiotes auraient été les inventeurs de l'amour pour les jeunes garçons, et l'on disait des Étrusques, des Samnites, des Messapiens, ainsi que des habitants de la Grande Grèce, qu'ils avaient poussé l'impudicité jusqu'à l'amour pour les hommes et la pédérastie (3). C'est probablement de là que ce vice s'est répandu jusqu'à Rome, où nous le trouvons déjà 433 U. C. (4). Il y fit de si rapides progrès, qu'en 585 U. C. (169 a. Ch.) on lui opposa la loi *scantinia*, comme l'a prouvé Meyer. Cependant ce n'était rien en comparaison des scènes scandaleuses qui eurent lieu sous les empereurs Tibère, Caligula, etc., puisque Martial (5) dit :

Tanquam parva foret sexus injuria nostri
  Fœdandos populo prostituisse mares (6),
Jam cunæ lenonis erant, ut ab ubere raptus
  Sordida vagitu posceret aera puer,
Immatura dabant infandas corpora pœnas.

(1) *Siphniazein* : epi tôn tas cheiras prosagontôn tois ischiois ; hôsper *lesbiazein* epi tôn paranomountôn en tois aphrodisiois ; siphniazein de kai lesbiazein, apo tês nêsou Siphnou kai tês Lesbou ; hôs kai to *krêtizein* apo tês Kretês ; kai to Siphnios de arrhabôn, homoiôs *siphniazein gar to haptesthai tês pygês daktylo*. Lesbiazein de to tô stomati paranomein. Hesychius s. v. Siphnioi ; akatartoi ; apo Siphnou tês nêsou. *Siphnios arrhabôn* ; peri tôn Siphniôn atopa diedidoto, hôs tô daktylô skimalizontôn ; dêloi oun ton dia daktyliou aidoumenon, epi tou kakoscholou. (Voy. *skimalisai, skindareuesthai* dans le même auteur.)

(2) (*Voy.* Libanius, *In florent.*, p. 430.—Toup., *Opusc. crit.* Lips., 1780, p. 420.

(3) Athenæus, *Deipnos.*, lib. XII, p. 517, f.

(4) Denis d'Halycarnasse, *Exc.*, p. 2336. Valère Maxime, lib. VI, I, 9. Suidas s. *Gaïos Laitôrios*.

(5) Lib. IX, Epigr. 9. (*Voy.* Suétone, *Nero*, 28, 29. — Dio Cassius, LXII, 28; LXIII, 13.—Juvénal, Satir., I, 62, et surtout Tacite, *Annal.*, lib. XV, 37. —Tatianus, *Orat. ad Græc.*, p. 100 : Paiderastia men hypo barbarôn diôketai, pronomias de hypo Romaiôn êxiôtai, paidôn agelas, hôsper hippôn phorbadôn, synageirein autôn peirômenôn.—Justin, *Martyr. Apolog.*, I, p. 54 : Prôton men hoti tous pantas schedon horômen epi porneiâ proagontas, ou monon tas koras, alla kai tous arsenas ; kai hon tropon legontai hoi palaioi agelas boôn, ha aigôn, ê probatôn trephein, ê hippôn phorbadôn, houtô nyn de paidas, eis to aischrôs chrêsthai monon, kai homoiôn thêleiôn, kai androgynôn, kai arrêtopoiôn plêthos kata to pan ethnos epi toutou tou hagous estêken.

(6) Nous voyons, dans un grand nombre de passages des auteurs anciens,

Non tulit Ausonius talia monstra pater :
Idem qui teneris nuper succurit ephebis,
Ne faceret steriles sæva libido viros.
Dilexere prius pueri, juvenesque senesque :
At nunc infantes te quoque, Cæsar, amant.

Cependant tout cela produisit peu d'effet : le vice passa de père en fils, et finit par s'infiltrer chez les peuples chrétiens.

§ XIII.

Maladies suites de la pédérastie.

Si l'on considère que la contraction du sphincter de l'anus offre au pédéraste une grande résistance ; que cette résistance doit être vaincue par la force ; que les glandes de l'anus sécrètent une matière de mauvaise odeur, qui, sous l'influence du climat, comme nous le dirons plus tard, prend un caractère plus ou moins âcre, on ne sera plus étonné que les anciens aient vu se former chez les pédérastes et chez les *cinœdi* différentes maladies qui devaient être d'autant plus graves que l'une ou l'autre des parties était déjà affectée auparavant. Il nous est parvenu fort peu de renseignements sur ce vice infâme, comme on le voit par l'épigramme suivante de Martial (1) :

In Nœvolum.

Mentula cum doleat puero, tibi, Nœvole, culus,
Non sum divinus, sed scio quid facias.

Dans ce cas, l'un et l'autre étaient donc infectés : le pédéraste à la verge, et le pathicus à l'anus ; c'est de là que le poëte que nous venons de citer conclut que Nævolus a été cinède. Les affections les plus fréquentes ont dû être le phimosis et le paraphimosis, maladies que l'on nommait, au commencement, *satyriasis*, parce que le symptôme le plus constant est l'érection presque continuelle du pénis. Cette circonstance pourrait bien expliquer la mortalité presque épidémique que Themison a signalée en Crète (2), lieu renommé pour sa pédérastie. (Combien de fois n'a-

qu'on tenait à Rome, dans les maisons publiques, des garçons pour les amateurs ; par exemple dans Martial, lib. IX, Epigr. 45 :

Intrasti quoties inscriptæ limina cellæ
Seu *puer* arrisit, sibi puella tibi.

Les maîtres de ces maisons étaient tenus de payer également une contribution pour les garçons.

(1) Lib. III, Epigr. 71.

(2) Cælius Aurelianus, *Acut. morb.*, lib. III, c. 18 : Aliorum autem medico-

t-on pas, du reste, observé le phimosis chez les onanistes!) Cependant les médecins ne disent rien des causes, et ils attribuent le mal à une aigreur des humeurs, ou bien encore à un filtre que le sujet aurait pris. Naumann (1) paraît disposé à attribuer le satyriasis de Crète à une affection lépreuse; nous ne voyons néanmoins aucune raison qui puisse justifier cette hypothèse. Ces mêmes médecins font plus souvent mention de symptômes morbides à l'anus chez les pathici : Ce sont d'abord des *fissures*, et ensuite *des ulcères;* de là viennent aussi les expressions *sectus, percidi*, etc., que les Romains employaient fréquemment pour désigner ceux qui s'adonnaient à cette infâme passion.

C'est pourquoi Martial dit (2) :

In Carinum.

Secti podicis usque ad umbilicum
Nullas reliquias habet Carinus,
Et prurit tamen usque ad umbilicum.
O quanta scabie miser laborat !
Culum non habet, est tamen cinædus.

In Lesbiam (3).

De cathedra quoties surgis, jam sæpe notavi,
Pædicant miseram, Lesbia, *te tunicæ*
Quas cum conata es dextra, conata sinistra
Vellere, cum lacrymis eximis et gemitu.
Sic constringuntur gemina Symplegade culi,
Et Mynias intrant Cyaneasque nates.
Emendare cupis *vitium deforme?* docebo.
Lesbia, nec surgas censeo, nec sedeas !

Il est vrai que le pathicus cherchait ordinairement à cacher son mal et à lui donner un autre nom, comme Charisianus :

De Charisiano (4).

Multis jam, Lupe, posse se diebus
Pædicare negat Charisianus.
Causam cum modo quærerent sodales :
Ventrem, dixit, *habere se solutum.*

Les anciens parlent beaucoup plus souvent encore d'excroissances condylomateuses à l'anus (*ficus, mariscæ*), comme une suite de la pédérastie.

rum, excepto Themisone, nullus hanc passionem conscribit, cum non solum raro, verum etiam coacervatim, sæpissime invasisse videatur. Memorat denique Themison, apud Cretam multos satyriasi interfectos.

(1) *Handbuch der medicinischen Klinik.*, vol. 7, p. 88 et p. 670.
(2) Lib. VI, Epigr. 37.
(3) Martial, lib. XI, Epigr. 100.
(4) Martial, lib. XI, 89.

De se Priapus (1).

Non sum de fragili dolatus ulmo;
Nec quæ stat rigida supina vena,
De ligno mihi quolibet columna est,
Sed viva generata de cupresso.—
Hanc, tu quisquis es, o malus, timeto :
Nam si vel minimos manu rapaci
Hoc de palmite læseris racemos :
Nascetur, licet hoc velis negare,
Inserta tibi ficus à cupresso (2).

De Labieno (3).

Ut pueros emeret Labienus, vendidit hortos,
Nil nisi *ficetum* nunc Labienus habet.

Ad Cæcilianum (4).

Cum dixi *ficus*, rides quasi barbara verba,
Et dici *ficos*, Cæciliane, jubes.
Dicemus *ficus*, quas scimus in arbore nasci,
Dicemus *ficos*, Cæciliane, *tuos*.

Nous comprendrons maintenant aussi le *medico ridente* dans le passage suivant de Juvenal (II, 12) :

. . . . . sed podice lævi
Cæduntur *tumidæ*, medico ridente, *mariscæ*.

Il n'est pas douteux qu'il faut lire *ficos* au lieu de *ficus* dans ces deux vers d'Horace (5) :

Nam, displosa sonat quantum vesica, pepedi
Diffissa nate *ficos*.

Les passages suivants paraissent prouver que ces excroissances étaient contagieuses. Dans le *carmen* 50 des *Priapeia*, on lit :

(1) Martial, VI, 49.
(2) On lit dans l'*Antolog. græc.*, IV, tit. 12, Epigr. 93 :

Allo ti chrêma philô; poion tode? t'ama katesthon
Syka, dos euthymôs ischada tên opisô.

Et Epigr. 94 :

En de monon sy thigês têsisthados, ischada dôseis,
Hôs isotês pantôn esti dikaiotatê.

(3) Martial, lib. XII, Epigr. 33.
(4) Martial, lib. I, Epigr. 66.—On trouve dans les anciens grammairiens les vers suivants :

Hæc ficus, fici vel ficus, fructus et arbor,
Hic ficus, fici, *malus est in podice morbus*.

(5) Satir., lib. I; Satir., VIII, 46.

Quædam, si placet hoc tibi, Priape,
Ficosissima me puella ludit,
Et non dat mihi, nec negat daturam;
Causasque invenit usque differendi.
Quæ si contigerit fruenda nobis,
Totam cum paribus, Priape, nostris
Cingemus tibi mentulam coronis.

Cette maîtresse était chargée de condylomes; elle en avait probablement aussi aux parties sexuelles. Elle refuse de cohabiter avec son amant: celui-ci n'insiste pas davantage, et s'adresse à Priape, comme c'était l'usage dans les affections génitales, et il promet de lui couronner le pénis. L'amant savait donc qu'il était dangereux de pratiquer le coït avec une femme atteinte de condylomes; aussi le poëte dit-il : *nec negat daturam.* On en voit une preuve plus évidente encore dans l'épigramme suivante, où Martial dit que toute une famille était affectée de condylomes :

De familia ficosa (1).

Ficosa est uxor, ficosus et ipse maritus,
Filia ficosa est, et gener atque nepos.
Nec dispensator, nec villicus *ulcere turpi*,
Nec rigidus fossor, sed nec arator eget.
Cum sint ficosi pariter juvenesque senesque,
Res mira est, ficus non habet unus ager.

Les mots *ulcere turpi* montrent, du reste, que *ficus*, comme les mots grecs *sykos* et *sykôsis*, ne signifie pas seulement une excroissance ayant la figure d'une figue, mais aussi un *ulcère* à surface granuleuse, semblable à un de ces fruits coupés en deux. Peut-être serait-il mieux de prendre ces ulcères pour des condylomes entrés en suppuration (2).

Il est étonnant que malgré le *medico ridente* de Juvenal, aucun ancien médecin n'ait jamais considéré la pédérastie comme cause d'affections de ce genre, quoique les passages cités d'écrivains

(1) Martial, lib. VII, Epigr. 71.

(2) Le sens d'une autre épigramme de Martial, lib. IV, Epigr. 52, n'est pas encore bien clair pour nous. Voici ce passage :

Gestari *junctis* nisi desinis, Hedyle, *capris*
Qui modo ficus eras, jam caprificus eris.

Si *capra* a ici la signification de *scortum*, comme cela n'est guère douteux, nous aurons alors une preuve non équivoque que les condylomes se gagnaient dans le coït impur avec des filles publiques, et que ces dernières en étaient souvent affectées. Dans Pétrone, *Satir.*, c. 46, il est dit de quelqu'un : Ingeniosus est et bono filo etiamsi in nave morbosus est. Burmann y ajoute cette note : In nave — id est mariscas habet. Navis est podex ficosus. Hinc dictum illud Casellii apud Quintil., *De instit. orat.* (VI, 3, 87) : Consultori dicenti, *navem dividere volo*, respondentis, *perdes*.

étrangers à la médecine prouvent clairement que les excroissances étaient une conséquence de ce vice. D'un autre côté, nous ne pouvons nous dissimuler que la fréquence des condylomes, du temps de Martial et de Juvenal, ne trouve sa cause principale dans la pédérastie, et que la constitution épidémique qui règne encore aujourd'hui n'y ait pris une large part, comme nous le verrons également dans la mentagre *(voir plus loin)*.

Mais les affections primitives *à l'anus* n'étaient pas les seules dont fussent atteints les cinèdes ; ils en offraient aussi *de secondaires à la bouche et à la gorge.* C'était d'abord la raucité de la voix, à laquelle Martial (1) paraît faire allusion, lorsqu'il fait parler *raucidulo ore* le cinède Charinus, défenseur des bains. D'après Reiske (2), Dio Chrysostome (3) traite ce sujet plus au long ; il dit : « Il ne sera pas sans intérêt de faire connaître un fait remar-
« quable : c'est que beaucoup d'individus sont atteints d'une ma-
« ladie qui, comme je l'apprends, était autrefois beaucoup plus
« fréquente chez d'autres que chez vous. Vous me demandez
« quelle est cette maladie. Bien que je ne puisse m'expliquer
« plus clairement, il ne vous sera néanmoins pas difficile de la
« deviner. Ne croyez pas que je parle de choses sécrètes et cachées ;
« non, les faits parlent assez clairement d'eux-mêmes. Beaucoup
« dorment en marchant et en parlant : quoiqu'ils paraissent bien
« éveillés, il n'en est cependant pas ainsi ; la preuve la plus évi-
« dente de leur sommeil, c'est qu'ils ronflent *(rhegchousin)*. Je ne
« puis certainement m'exprimer avec plus de décence. Cependant
« tous ceux qui dorment ne sont pas atteints du mal, et parmi
« ces derniers il y a les ivrognes, ceux qui ont l'estomac sur-
« chargé, et ceux qui sont mal couchés. Je soutiens que ce vice
« (*ergon*) déshonore et stigmatise la ville : ce sont surtout ceux qui
« dorment pendant le jour qui sont le plus grand opprobre de la
« patrie, et vous devriez les bannir du pays, de même qu'on de-

(1) Lib. VII, Epigr. 33. — Perse, Satir., I, 33. Hic aliquis — Raucidulum quiddam balba de nare locutus. — Sidon Apollinaire, Epist., lib. IX. Orationem salebrosas passam juncturas, per cameram palati volutatam balbutire.

(2) Reiske Joa. Jac. et Joa. Ern. Fabri, *Opuscula medica ex monumentis Arabum et Hebræorum*, ed. Ch. G. Gruner. Hal, 1776, in-8°, p. 61. Not. : Ita tamen miror, ab antiquitatis patronis argumentum inde allatum non fuisse, quod veterum cinædi passi fuerint in naribus et in palato vitium, a quo clare non potuerint eloqui, sed *rhegchein*, stertere et rhonchissare debuerint. (*Voy. Diserta sed arcis oratio Dionis Chrysostomi Tarsica prior*, etc.) Gruner, *Antiq. morborum*, p. 77, fait également cette remarque, sans cependant s'être donné la peine, comme il le paraît, de comparer ces passages.

(3) *Orationes ex recent. J. Jac. Reiskii*, vol. II, Lips., 1784, 8 mai ; vol. II, Orat. XXXIII (et non pas XXXII, comme on lit dans Reiske et Gruner) p. 14 et suivantes.

« vrait les chasser de partout. Bien que menacés de toutes sortes « de peines et voués au mépris public, on les trouve à tout mo- » ment dans les différents endroits de la ville. Du reste, leurs « vices ont passé aux petits garçons et aux adultes : sans cesser « d'être honnêtes, ceux-ci ne considèrent cependant la chose que « comme insignifiante, et quoiqu'ils se gardent du fait, ils ne le « désirent pas moins. Si l'on trouvait une ville où l'on n'entendrait « que des gémissements et où personne ne pourrait se promener « sans qu'à chaque instant il fût tourmenté par des plaintes, en « vérité, qui voudrait y demeurer ? Le gémissement ordinaire est, « comme tout le monde le sait, l'expression du malheur ; mais « celui dont je parle est le résultat de l'impudicité la plus affreuse. « Il est certes préférable d'avoir des relations avec des infortunées « qu'avec des pédérastes (1). S'il est impossible d'entendre tou- « jours jouer de la flûte, et si, comme on le dit, le séjour du rocher « qui résonne du chant des Syrènes est insupportable, quel homme « vertueux pourrait se faire à ce son désharmonieux et rauque (2) ? « Celui qui passerait devant une maison où il entendrait ces « plaintes, penserait assurément que c'est une maison publique ; « mais que dirait-il d'une ville où ces gémissements frapperaient « ses oreilles en tous lieux, à toute heure, à toute minute ? La pé- « dérastie (3) se pratique dans les rues, dans les maisons, sur les « places publiques, au théâtre, au gymnase. J'ajoute que jusqu'ici « je n'ai pas encore entendu de joueur de flûte s'exerçant sur son « instrument dès le grand matin, tandis que la musique affreuse « du pédéraste commence déjà au point du jour (4). En vérité, je ne « me cache pas qu'on m'accusera de dire des absurdités, en parlant « de ces choses-là ; cependant elles ne sont rien moins que légères. « Vous qui, en conduisant sur vos chariots des légumes au marché, « n'examinez sur votre chemin que la grande quantité de pain blanc, « ainsi que la viande fraîche et salée, considérez aussi une fois

(1) *Akolastois.* On rencontre plusieurs fois ce mot avec le sens de pédéraste, surtout de pédéraste adonné à son vice avec passion.—Eschine, *In Timarch.*, p. 63, 183. Platon, *Sympos.*, c. 186.

(2) Ton de ge agrion tauton kai chalepon êchon. Le mot *agrios* s'applique principalement au pédéraste (Aristoph., *Nub.*, 347). Il en est de même de *chalepos.* Voyez le scoliaste d'Eschine, *In Timarch.*, p. 731. R. agrious tous sphodra eptoêmenous peri ta paidika kai chalepous paiderastas. En général, on trouve dans ce discours un grand nombre d'allusions aux expressions employées pour la pédérastie, expressions qui rendent quelquefois le sens difficile à saisir.

(3) *To pragma* a ici la même signification que *praxis* dans Eschine, *In Timarch.*, p. 159, 160. Platon, *Sympos.*, 181. b.

(4) *Kineitai,* d'où vient le mot *kinaidos*, cinède.

« avec la même attention cette horreur (*pragma*, la pédérastie).
« Si quelqu'un venait dans une ville où ce vice pût se montrer
« au doigt (1), que dirait-il d'un tel endroit? Que serait-ce si tous
« s'y promenaient la robe relevée, comme s'ils marchaient dans la
« boue? Ignorez vous donc d'où provient votre honte, ce qui donne
« à vos ennemis le droit de vous mépriser? Et pourquoi vous
« appelle-t-on *kerchidas* (2)? Peu vous importe, croyez-vous,
« ce que les autres disent de vous, mais bien ce que vous faites
« vous-mêmes. N'est-il pas affreux et (je pense) plus dangereux
« que la peste, de voir une maladie frapper certains hommes du
« peuple de manière à leur donner à tous une voix de femme; de
« telle sorte que ni jeune homme ni vieillard ne puisse plus pro-
« férer aucun son mâle? — Il est honteux de mourir sans fièvre. —
« Chacun entend avec plaisir parler une femme, parce que cette voix
« est naturelle; il n'en est pas de même des androgynes, des ci-
« nèdes, ou bien des individus auxquels on a amputé les parties
« génitales. Quoique ce timbre ne se rencontre pas toujours et
« chez tous, il leur est néanmoins inhérent; c'est pour eux un
« stygmate caractéristique. Eh bien! si quelqu'un voulait vous
« juger à distance par le timbre seul de la voix, il pourrait décider
« quelle espèce d'hommes vous êtes et ce que vous faites (*ti prat-*
« *tein*); car vous n'êtes bons que pour garder les bœufs et les mou-
« tons. Loin de vous considérer comme des descendants des Ar-
« gives, comme vous le soutenez, il vous prendrait pour des Grecs,
« qui surpassent les Phéniciens en impudicité et en luxure. Quant
« à moi, je pense que l'homme vertueux n'a rien de mieux à faire
« que de se boucher les oreilles avec de la cire lorsqu'il se trouve

(1) Pour ce qui est du *digitus medius* ou *infamis*, comparez Upton, *Ad. Arriani Diss.* Epictet. III, 2, p. 176; — Abhandlung von den Fingern, *Deren Verrichtungen und symbolische Bedeutung*, Leipzig, 1756, in-8°, p. 172-221; — mais principalement Forberg, *l. c.*, p. 338. Not. h. — Cum digitus medius porrectus, reliquis incurvatis, tantam repræsentet mentulam cum coleis suis, factum est, ut medium digitum hoc modo ostenderent (Græci uno verbo dixerunt *skimalizein*) cinædis, sive pelliciendis, sive irridendis. — Martial, I, 93 : Sæpe mihi quæritur Cestus. — Tangi se digito, Mamuriane, tuo. VI, 70. Ostendit digitum, sed impudicum. — Hoi de Attikoi kai ton meson tês cheiros daktylon katapygôna ônomazon. — Pollux, *Onomast.*, II, 4, 184. — Suétone, *Calig.*, c. 56. « Osculandam manum offerre, formatam commotamque in obscœnum modum. » Theod. Echtermeyer, *Programm über Namen und symbolische Bedeutung der Finger bei den Griechen und Roemern.* Halle, 1835, in-4°, p. 41-49. Ce sujet y est traité très-en détail.

(2) Reiske fait la remarque suivante au sujet de *la voix rauque et criarde*: « Est autem *kerchnis* avis quædam à stertendo sic dicta, vel stridore, quem edit similem iis qui stertunt. (Comparez *Schneider Lexic.* s. v. *Kerchos* et *Kerchô.*)

« dans une ville pareille, comme s'il passait devant les Syrènes.
« Ici il court un danger de mort; mais là c'est celui du déshonneur
« et de la débauche la plus honteuse. Autrefois on n'entendait
« chez vous que les sons de la musique ionique, dorique, ou bien
« l'harmonie phrygienne ou lydienne; mais aujourd'hui vous ne
« trouvez de charmes que dans la musique des Aradiens et des
« Phéniciens; vous préférez ce rhythme à tout autre : comme s'il
« était possible de faire de bonne musique avec le nez? — Un
« rhythme pareil doit nécessairement être suivi d'autre chose
« encore. Vous n'ignorez pas qu'une maladie endémique s'est em-
« parée de vos nez, de la même manière que chez d'autres le cour-
« roux du ciel a frappé quelques parties en particulier, telles que
« les mains, les pieds ou le visage (1). On dit qu'Aphrodite, pour
« punir les femmes de Lesbos, leur a envoyé une maladie des
« aisselles; eh bien! c'est ainsi que la colère divine a détruit le
« nez du plus grand nombre d'entre vous, et c'est de là qu'est
« venu ce son particulier, car de quelle autre cause provien-
« drait-il? C'est le signe de l'impudicité la plus honteuse, poussée
« jusqu'au délire, et du mépris de toute moralité. Votre langage,
« votre démarche, votre regard, tout en fait foi. »

Ce passage de Dio Chrysostome, qui vivait vers la fin du premier siècle et au commencement du second, prouve clairement que la pédérastie avait pris une extension effrayante à Tarse; et c'est probablement ce fait qui a fourni à S. Paul, né dans cette ville, l'occasion de dire « (Epître aux Romains, c. I, v. 24) : C'est pour-
« quoi Dieu les a livrés aux désirs de leur cœur, aux vices de
« l'impureté; en sorte qu'en s'y plongeant ils se sont déshonorés
« eux-mêmes. — (Verset 26.) C'est pourquoi Dieu les a livrés à des
« passions honteuses; car les femmes, parmi eux, ont changé l'u-
« sage établi par la nature en un autre qui est contre ses lois.
« — (Vers. 27.) Les hommes, de même, rejetant l'alliance naturelle
« des deux sexes, ont été embrasés d'un désir brutal les uns pour
« les autres; ils commirent avec leurs semblables une horrible
« infamie, et reçurent ainsi la juste peine due à leur égarement. »

Cette peine pourrait bien avoir été ce que les Grecs exprimaient par le mot *rhegchein*, c'est-à-dire, suivant Reiske, le résultat d'une affection dans la gorge et dans le nez, et qui faisait que la respira-

(1). Horace, Od., II, 8 :

Ulla si juris tibi pejerati
Pœna, Barine, nocuisset unquam,
Dente si nigro fieres, vel uno
Turpior ungui,
Crederem.

tion était accompagnée d'un bruit tout particulier. Reiske, pour prouver cette assertion, cite dans son édition de l'ouvrage de Dio Chrysostome le passage suivant d'Ammianus Marcellinus (1), qui a décrit les mœurs des Romains du milieu du IVe siècle : « Hæc nobi-
« lium instituta. Ex turba vero imæ sortis et pauperrimæ, in tabernis
« aliqui pernoctant vinariis : nonnulli velabris umbraculorum
« theatralium latent, quæ Campanam imitatus lasciviam Catulus
« in ædilitate sua suspendit omnium primus; aut pugnaciter aleis
« certant, *turpi sono fragosis naribus introrsum reducto spiritu*
« *concrepantes.* » Nous savons, du reste, que les *pædicones* sentaient de la bouche, comme le fait déjà remarquer Martial (2), et que, par conséquent, la membrane muqueuse de cette partie était malade; ensuite qu'ils parlaient *raucidulo ore* (3), ce qui pouvait, dans tous les cas, avoir été la suite d'une ulcération précédente : c'est dans ce sens que l'interprétation que Reiske donne à la citation de Dio Chrysostome pourrait être admise. Mais, au fond, l'auteur des *Tarsica* a désigné tout autre chose par le mot *rhegchein*, comme le prouve l'ensemble de ce passage. Car c'était un son particulier que les *pathici* employaient pour attirer les pédérastes et pour les engager à la pratique de leur vil métier, comme on peut le voir plus clairement encore dans la citation suivante de Clément d'Alexandrie (4) :

« Hai de *androgynôn sunousiais* hêdontai; pareisrheousin de
« endon kinaidôn ochloi, athyroglôssoi; miaroi men ta sômata,
« miaroi de ta phthegmata; eis hypourgias akolastous êdrômenoi

(1) *Rerum gestarum*, lib. XIV, cap, 19. — Pétrone (Satir., c. 68) dit d'un esclave : duo tamen vitia habet, quæ si non haberet, esset omnium nummorum : recutitus est et *stertit.* — *Terentii Eunuch.* Act. V, sc. 8, vers 53 : Fatuus et insulsus, bardus, *stertit noctes et dies.* Neque istum metuas ne amet mulier.

(2) Lib. XII, Epigr. 87 :

Pædiconibus os olere dicis.
Hoc si sic, ut ais, Fabulle, verum est,
Quid tu credis olere cunnilingis?

(3) Lucien, *Philopatr.*, c. 20 : Anthrôpiskos de tis, t'ounoma, Chariskenos, sesêmmenon gerontion, rhegchon tê rhini, hypebêtte mychion, echrempteto episesyrmenon; ho de ptyelos kyanôteros thanatou; eita êrxato epiphtheggesthai katischnêmenon. On trouve dans le *Navigium*, cap. 2, un fait analogue d'un garçon d'Egypte. A. Gellius, *Noct. Attic.*, lib. III, cap. 3, cite ce passage de Plutarque : Plutarchus refert Arcesilaum philosophum vehementi verbo usum esse de quodam nimis delicato divite, qui incorruptus tamen et castus et perinteger dicebatur. Nam cum *vocem ejus infractam*, capillumque arte compositum et oculos ludibundos atque illecebræ voluptatisque plenos videret : *Nihil interest*, inquit, *quibus membris cinædi sitis, posterioribus an prioribus.* (Comparez le § 16.)

(4) *Pædagog.*, lib. III, cap. 4, p. 230.

« moicheias diakonoi, kichlizontes kai psithyrizontes, kai to *por-*
« *nikon anaidên eis aselgeian dia rhinôn epipsophountes epikinai-*
« *disma*, akolastois rhêmasi kai schêmasi terpein peirômenoi, kai
« eis gelôtas ekkaloumenoi, porneias paradromon; esti d'hote kai
« hypekkaiomenoi dia tên tychousan orgên, êtoi pornoi autoi ê
« kai kinaidôn ochlon eis holethron exêlôkotes, *epikrotousi tê*
« *rhini, batrachôn dikên, kataper enoikon tois myktêrsi tên cholên*
« *kektêmenoi.* » Peut-être aussi les Tarsiens étaient-ils *fellatores*, et ronflaient-ils comme tels pendant leur travail; car il est évident que le mot *rhegchein* est employé dans des sens différents. Nous ajouterons encore que le teint pâle était un signe caractéristique chez les cinèdes, et ces paroles de Juvenal (II, 50) « Hippo subit juvenes et *morbo pallet utroque*, » le dénotent évidemment.

(La suite à un prochain numéro.)

DES EFFETS DU SEIGLE ERGOTÉ SUR LES FEMMES EN TRAVAIL ET SUR LE FOETUS; par SAMUEL HARDY, docteur en médecine, vice-président de la Société obstétricale de Dublin, etc.

(Traduit de l'anglais, par M. VERHEYEN, inspecteur général du service de santé vétérinaire, etc.) (I).

L'emploi du seigle ergoté comme agent obstétrical est devenu aujourd'hui si fréquent, qu'il faudrait supposer que l'action de cette substance sur les femmes en travail et sur les enfants nous est parfaitement connue. Il n'en est malheureusement point ainsi, et malgré les nombreux mémoires qui ont été publiés sur ce médicament, plusieurs de ses propriétés demandent encore des éclaircissements ultérieurs.

Pendant que j'étais attaché à l'hospice de la Maternité de Dublin, j'ai eu de nombreuses occasions d'étudier le mode d'action du seigle ergoté, et j'ai recueilli, sur cette matière, plusieurs observations qui m'ont permis d'arriver à des conclusions nouvelles. J'ai fixé principalement mon attention sur les points suivants :

1° Le temps qui s'écoule depuis l'administration du seigle ergoté jusqu'à la manifestation de ses effets;

2° L'action de l'ergot sur le pouls de la mère, le moment où elle se déclare, quand toutefois elle a lieu;

3° Son action sur le cœur du fœtus et l'époque à laquelle elle commence, lorsque le fœtus en ressent l'influence;

4° L'état de la matrice et des lochies durant la convalescence.

(1) Sur notre demande, M. Verheyen a bien voulu traduire cet article auquel nous attachons une grande importance; nous en avons donné une analyse dans le n° de janvier 1846 de *la Nouvelle Encyclographie*, tome 1er, p. 228.

1. *Combien de temps se passe-t-il avant que l'action du seigle ergoté se manifeste sur l'utérus?* — Il semble résulter de la comparaison de mes tableaux, que dans plusieurs cas le seigle ergoté commence déjà à agir sur la matrice sept minutes après son administration ; d'autres fois, le temps est plus long : terme moyen, on peut le fixer à quinze minutes. Lorsque les enfants naissaient vivants, il ne se passait pas plus de 25 minutes avant que les effets du médicament commençassent, et quand la matrice en ressentait plus tardivement l'influence, il fallait chaque fois terminer l'accouchement par les instruments, si l'on ne voulait s'exposer à la mort certaine de l'enfant.

Parfois le seigle ergoté déterminait une espèce de contraction permanente de l'utérus, sans qu'elle fût accompagnée de douleurs expulsives.

Conformément à ce qui a été rapporté par d'autres observateurs, j'ai remarqué que dans les cas où l'ergot du seigle exerce un effet thérapeutique favorable, il provoque de fortes douleurs expulsives qui augmentent insensiblement en fréquence, jusqu'à ce qu'enfin elles se confondent, car il n'est plus possible de saisir des intervalles.

2. *Action sur le pouls de la mère.* — Les effets du seigle ergoté sur la circulation de la mère sont d'un intérêt majeur; ils n'ont pas encore été, que je sache, convenablement appréciés par les praticiens.

Dans dix-neuf cas, la fréquence du pouls diminua sensiblement quinze à trente minutes après l'administration, et chaque fois le cœur du fœtus en ressentit un effet proportionné.

Cette circonstance soulève une question pratique importante : Peut-on prescrire le seigle ergoté lorsque la femme, après la délivrance, est considérablement affaiblie à la suite d'une hémorrhagie provenant d'un relâchement de l'utérus? Un fait qui paraît résoudre cette question se présenta, il y a trois ans, à la Maternité. Trois heures après la sortie de l'arrière-faix, les lochies continuèrent de couler, et la femme était très-affaiblie. On lui administra la dose ordinaire de seigle ergoté, et immédiatement le pouls tomba au point d'inspirer de sérieuses inquiétudes et nécessita l'emploi des excitants les plus énergiques.

Lorsque la circulation eut été ainsi ralentie, les effets du seigle ergoté persistèrent, dans un grand nombre de cas, plusieurs jours après son administration; cet état ne prévint pas même une métrite consécutive à l'accouchement. L'organe conservait aussi assez souvent un volume très-considérable, alors que rien n'indiquait qu'il fût enflammé.

3. *Action du seigle ergoté sur le cœur du fœtus.* — L'action de

ce médicament sur le cœur du fœtus est encore plus remarquable que sur le pouls de la mère, et elle mérite d'être appréciée sous le rapport pratique.

Il résulte de mes tableaux que dans l'immense majorité des cas, l'administration du seigle ergoté est suivie d'une diminution dans la fréquence des battements du cœur du fœtus. On commence à s'en apercevoir après 15 à 30 minutes, souvent un peu plus tôt ou un peu plus tard.

L'effet primitif ordinaire et le plus fréquent consiste en une diminution en vitesse des battements du cœur; puis survient une irrégularité qui persiste à un degré plus ou moins prononcé, jusqu'à ce que le bruit cesse périodiquement, et qu'enfin, après un temps plus ou moins long, il devienne imperceptible.

Mes observations m'ont conduit, sous le rapport des modifications qu'éprouvent les battements du cœur du fœtus, à cette conséquence pratique : lorsque le nombre des battements reste constamment au-dessous de 110, et qu'en même temps ils sont intermittents, il est rare que l'enfant conserve la vie, quand même l'accouchement se terminerait avec la plus grande promptitude. Je dois cependant faire remarquer que si les battements du cœur descendent au-dessous de 110, sans qu'il y ait en même temps intermittence, on ne peut porter le même pronostic, car il m'est survenu des cas où la diminution était bien plus considérable, et dans lesquels l'enfant conserva néanmoins la vie par un accouchement prompt et l'application des moyens ordinaires. Jamais, dans ces circonstances, on n'a pu apercevoir une intermittence permanente bien sensible.

Cet effet du seigle ergoté démontre la nécessité de suivre soigneusement, après l'administration de cette substance, les modifications qu'éprouvent les mouvements du cœur du fœtus, puisque une négligence, sous ce rapport, peut mettre la vie de l'enfant en danger. Si l'accouchement est de nature à réclamer l'application du forceps ou du levier, il faut, quand on veut sauver l'enfant, que ces instruments soient appliqués à temps, et avant une époque que l'on ne parvient à saisir que par l'emploi du stéthoscope.

Sous ce dernier point de vue, mes observations sont tout à fait conformes à celles du docteur Beatty : ce médecin fixe à deux heures le terme après lequel le jeune être naît rarement vivant. Je n'ai rencontré que trois exceptions à cette règle. (Obs. II, IV et XIII.)

Il ne résulte pas de ce qui précède que l'on doive laisser s'écouler deux heures depuis l'administration du seigle ergoté, avant de procéder à la délivrance. Dans deux cas (20 et 21 des

tableaux), l'enfant succomba, quoique, dans le premier, il fût né 20 minutes, et, dans le second, 25 minutes après l'emploi du médicament.

On a émis plusieurs opinions sur les causes de la mort du fœtus. Quelques auteurs admettent qu'elle est due aux violentes contractions de la matrice; d'autres pensent que le seigle ergoté exerce une action toxique sur le fœtus, et que parfois ces deux causes réunies sont susceptibles de le tuer.

Il m'est souvent arrivé de remarquer toutes les modifications indiquées dans les battements du cœur du fœtus, lorsque le seigle ergoté n'agissait que peu ou point sur la matrice; j'en conclus donc que le ralentissement de la circulation du fœtus ne dépend pas des contractions de l'utérus, mais bien des propriétés toxiques de l'ergot. Ses effets sur le pouls de la mère confirment cette opinion.

Son action déprimante est si prononcée, que fréquemment il s'écoule, après la délivrance, un temps assez long avant que l'enfant ne soit entièrement remis, et j'ai observé que des enfants faibles à leur naissance se rétablissent d'une manière beaucoup plus prompte lorsque l'on n'a pas eu recours au seigle ergoté pour accélérer l'accouchement.

Dans la plupart des cas, le placenta suivait bientôt la sortie du fœtus, et cela sans accidents. Une seule fois, il survint une hémorrhagie considérable avant aussi bien qu'après l'expulsion de l'arrière-faix. Dans une autre circonstance, la matrice ne fut pas affectée par l'ergot; cependant le pouls de la mère éprouva un grand ralentissement, et le cœur du fœtus cessa ses mouvements environ 20 minutes après l'administration du seigle ergoté. Il fallut avoir recours à l'introduction de la main pour en déterminer la sortie (du fœtus ou du placenta?). Dans un troisième cas, la matrice ayant été très-active pendant l'expulsion du fœtus, et l'accouchement terminé, le col de cet organe se contracta avec une telle force que la sortie du placenta n'eut lieu qu'après le relâchement, et fut retardée d'une heure. Cependant le docteur Johnson et moi, nous nous étions convaincus que le placenta était libre dans l'utérus.

Le premier fait que je rapporte me semble mériter une attention toute particulière. Il en résulte : 1° l'indispensable nécessité de toujours surveiller la sortie de l'arrière-faix, quand, pendant l'accouchement, on a administré du seigle ergoté. Depuis que j'ai été témoin de ce fait, je remplis cette condition avec un soin tout particulier. 2° Il soulève la question relativement au moment le plus opportun de faire usage de l'ergot chez les nouvelles accouchées qui sont menacées d'une forte métrorrhagie.

On doit distinguer, sous ce rapport, trois périodes pendant lesquelles le médicament peut être administré : 1° si la tête se présente ; 2° après la sortie de la tête ; 3° lorsque l'on peut atteindre avec la main le point d'insertion du cordon ombilical sur le placenta.

Quand on donne du seigle ergoté avant l'expulsion du fœtus, on gagne du temps ; mais s'il existe une adhérence morbide entre le placenta et l'utérus, il sera bien plus difficile d'introduire la main pour détruire cette adhérence.

Administre-t-on l'ergot du seigle à la troisième période, tout danger résultant de l'introduction de la main pour le décollement du placenta vient à disparaître. On peut objecter à cette manœuvre, que le retard dans l'emploi du médicament entraîne une grande perte de temps et de sang. Néanmoins l'accoucheur ne perdra jamais de vue la possibilité d'une adhérence morbide entre la matrice et le placenta ; et cette circonstance doit le rendre d'autant plus circonspect dans l'emploi du seigle ergoté, que cette substance est susceptible d'augmenter considérablement les dangers de cette complication.

Je n'ai vu dans aucun cas survenir une hémorrhagie après la naissance de l'enfant, lorsque, pendant l'accouchement, les effets du seigle ergoté sur la matrice se manifestaient d'une manière sensible. Je ne possède qu'un seul fait où il y eut une forte perte avant et après la sortie du placenta ; mais aussi la matrice était si inactive, que l'influence du seigle ergoté sur ses contractions était complétement nulle. Je pense donc qu'en général nous avons rarement à redouter cet accident ; il faut néanmoins le prévoir et être constamment sur ses gardes.

4. *Etat de l'utérus et des lochies.* Pendant la convalescence des femmes en couches, l'état du pouls, de l'utérus et des lochies, mérite une attention toute particulière. J'ai déjà indiqué le mode d'action du seigle ergoté sur le pouls de la mère ; il est donc inutile d'y revenir. Le volume de l'utérus reste souvent beaucoup plus considérable qu'après des accouchements réguliers ; cet organe se présente à l'exploration comme s'il renfermait encore l'arrière-faix. Le docteur Johnson a maintes fois observé ce fait, et à diverses reprises je me suis assuré de sa réalité. La matrice se présente aussi fortement contractée (obs. I), et cet état persiste ordinairement pendant plusieurs jours.

Dans un grand nombre de cas, les lochies étaient pâles et peu abondantes, quoique aucune circonstance à laquelle on aurait pu l'attribuer ne fût venue troubler la convalescence.

A peu d'exceptions près, les accouchées se rétablirent prompte-

ment; deux, parmi celles chez lesquelles il se déclara une métrite, succombèrent. L'arrière-faix, chez l'une, n'était pas sorti; on fut obligé d'introduire la main, et cette femme mourut des suites d'une phlébite de l'utérus. Une métro-péritonite enleva la seconde.

Les enfants nés vivants se portaient assez bien, à l'exception d'un seul. L'accouchement avait dû être terminé par le forceps, le cœur ne donnant plus que 100 pulsations après l'administration du seigle ergoté. Cette donnée s'applique aux cas où, l'accouchement terminé, on parvient à rappeler les enfants complétement à la vie, ce qui n'eut pas lieu chez l'enfant indiqué comme mort : il expira trois heures après sa naissance. (N° 11 des tableaux.)

Mode de prescription.—Les médecins prescrivent le seigle ergoté sous diverses formes. A l'hospice de la Maternité, on l'administre de la manière suivante : on fait infuser pendant 10 minutes un demi-gros, réduit en poudre, dans trois onces d'eau bouillante; on y ajoute 10 à 15 grains de poudre récente et un peu de sucre. On renouvelle ordinairement cette dose au bout de 10 minutes, et si elle ne suffit pas pour provoquer les contractions de l'utérus, on administre une troisième dose. Dans plusieurs cas, il survint des vomissements; dans d'autres où l'estomac était irritable, le seigle ergoté agissait comme calmant.

Je me rappelle un seul exemple où, pendant la manifestation des effets du seigle ergoté, le délire se déclara. Les contractions de l'utérus étaient fortes; le pouls donna vingt pulsations de moins, et les battements du cœur du fœtus devinrent imperceptibles au bout de deux heures. A l'accouchement que l'on termina par le crochet, succéda une inertie tellement prononcée de la matrice, que l'on fut obligé d'extraire l'arrière-faix (N° 40 des tableaux). Une phlébite occasionna la mort.

Je ne puis passer sous silence que dans tous les cas où le travail de l'accouchement s'exécute avec lenteur, les moyens ordinaires pour exciter l'action de l'utérus, tels qu'injections stimulantes, changement de position de la femme, etc., doivent précéder l'administration du seigle ergoté.

Les observations qui vont suivre se rapportent toutes aux effets du seigle ergoté prescrit suivant la forme indiquée. J'avais d'abord l'intention de donner un aperçu du mode d'action des diverses préparations de cet agent thérapeutique, soit qu'on l'introduise dans l'estomac, soit qu'on l'applique en injections; mais je ne possède pas encore assez de matériaux pour un travail de cette nature.

Obs. I. — Anna Daniel, âgée de 30 ans, troisième grossesse: placenta fixé sur le col de la matrice; pulsations du cœur du fœtus, 56.

Les douleurs expulsives commencent le 17 septembre 1843 et se prolongent jusqu'au 19. Les contractions se succèdent avec beaucoup de lenteur et ne font faire aucun progrès à la délivrance, qui, depuis vingt-quatre heures, reste presque stationnaire. Vingt-cinq minutes avant huit heures du soir, on administre une dose de seigle ergoté. A ce moment, le pouls de la mère bat 104 fois, le cœur du fœtus donne 136 battements. La tête, qui se présente, se trouve dans la troisième position, et l'on peut atteindre l'oreille. Au bout de 12 minutes, les contractions gagnent en intensité; après 15 minutes, le cœur du fœtus donne 152 pulsations, 16 de plus qu'avant l'administration du seigle ergoté, tandis que l'état de la circulation de la mère n'a pas varié. Il s'écoule 20 minutes, et l'on fait prendre une seconde dose. A 9 heures, pas de changement dans le pouls; cœur du fœtus 124, 12 de moins qu'avant l'administration du seigle ergoté; contractions fortes; la tête avance. A 9 heures 20 minutes, le cœur du fœtus est très-affecté; de temps à autre, il y a des moments d'arrêt. Activité de l'utérus favorable; la tête avance à chaque contraction : celles-ci se succèdent sans interruption. A 10 heures 10 minutes, l'accouchement est terminé; l'enfant appartient au sexe masculin. Immédiatement après la naissance, le cœur offre 56 battements; dans l'espace d'une minute, ils montent à 76; au bout de 20 minutes, lorsque l'enfant est plein de vie, on compte 136 pulsations. Vingt minutes après l'accouchement, le pouls de la mère tombe à 104, nombre qu'il a conservé pendant tout le travail de la délivrance, et sous l'influence du seigle ergoté, à 83.

A l'exploration, il se trouve que le placenta séjourne encore dans la matrice; le point d'insertion du cordon ombilical ne peut être atteint qu'avec peine à l'aide du doigt; les contractions du col sont si puissantes, que l'ouverture ne peut être dilatée qu'avec force. A l'extérieur, la matrice se présente très-dure au toucher.

La malade étant accouchée de trois quarts d'heure, commence à vomir; mais l'utérus reste dans le même état. Une pression exercée à l'extérieur avec la main, dans le but d'opérer le décollement du placenta, n'a pas le moindre succès. Une heure et 5 minutes se passent : il survient une perte, et l'on trouve l'arrière-faix dans le vagin; mais la matrice est encore aussi dure qu'auparavant. La malade tombe en défaillance; l'issue en est favorable. L'utérus reste volumineux pendant quelques jours; la mère et l'enfant finissent par se rétablir.

Obs. II. Elisabeth Collins, 35 ans; bonne constitution; deuxième grossesse. Les douleurs se manifestent le 15 janvier 1845, à 6 heures du matin. A 4 heures de l'après-midi, le passage est com-

plétement dilaté, les membranes se sont rupturées. A 10 heures, la tête est encore située si profondément, que l'on atteint à peine l'oreille avec le doigt.

Le 16, les contractions étant faibles, et le travail de l'enfantement n'ayant fait aucun progrès sensible pendant la nuit, on administre, 6 minutes avant midi, une dose de seigle ergoté (3 ß gr. x). Pouls 120; battements du cœur du fœtus 136. Activité plus prononcée de l'utérus après 12 minutes; le pouls de la mère et le cœur du fœtus sans modifications : il en est encore de même au bout de 25 minutes; les contractions de la matrice sont satisfaisantes. Nouvelle dose de seigle ergoté. La tête commence à avancer par suite de la manifestation des effets du médicament; elle continue à progresser : une heure et 5 minutes se passent, et la mère donne le jour à un garçon vivant. Bientôt suit l'arrière-faix.

Obs. III. — Anna Pierson, 25 ans, primipare (N° 4 des tableaux).

Le travail de l'enfantement commence le 20 février 1844. Le 21, à 9 heures du matin, le passage est complétement dilaté; à midi, rupture des membranes; la tête est descendue au point que l'on peut atteindre l'oreille avec le doigt. Par suite de la faiblesse des contractions, le fœtus reste dans cette position jusqu'au 22. A 4 heures 26 minutes de l'après-midi, on administre une dose de seigle ergoté : le pouls donne 84, le cœur du fœtus 140 fortes pulsations. Au bout de 25 minutes, les contractions sont plus prononcées; deuxième dose à 5 heures 10 minutes. A 6 heures, le pouls ne présente aucune variation; les battements du cœur du fœtus sont tombés à 116, par intervalles à 104; de temps à autre, ils sont intermittents. L'activité de la matrice laisse à désirer, quoique la tête comprime le périnée à chaque contraction. A 6 heures 10 minutes, troisième dose de seigle ergoté. A 7 heures 3/4, l'enfant (une petite fille) voit le jour, et n'est rappelé à la vie qu'avec peine. Il s'écoule donc deux heures 19 minutes entre la délivrance et l'administration de la première dose de seigle ergoté. A 7 heures, 72 pulsations : le placenta se trouve dans le vagin. Retour de l'utérus à son état normal, pendant la convalescence; lochies ordinaires en nuance et en quantité. La mère et l'enfant se rétablissent parfaitement.

Obs. IV. — Maria Fegan, 25 ans, primipare (N° 5 des tableaux).

Les signes de l'accouchement se déclarent le 30 mars 1843, à une heure peu avancée de la matinée. La tête de l'enfant restant depuis 12 heures sur le périnée sans faire le moindre progrès, on donne une dose de seigle ergoté, 19 minutes avant midi. Pouls 96, cœur du fœtus 144. Dix minutes après, les contractions deviennent plus fortes; pouls 88. A midi et une minute, la malade prend

une seconde dose; pouls 80. Au quart avant une heure, naît une fille vivante, et un quart d'heure plus tard, une seconde fille également vivante et se présentant naturellement. L'expulsion de l'arrière-faix se fait convenablement. Pendant la convalescence, qui ne laisse rien à désirer, les lochies ont la couleur habituelle. Les jumelles continuent à se bien porter.

Obs. V. — Maria Powell, 20 ans, primipare, corpulente et pléthorique. (N° 6 des tableaux.)

Pendant 12 heures consécutives, la tête garde la même position, par suite de la faiblesse des contractions; le doigt peut toucher l'oreille.

Le 5 octobre 1844, 10 minutes avant 11 heures, dose ordinaire de seigle ergoté: pouls 132, cœur du fœtus 160, battements naturellement forts. Au bout de 10 minutes, pouls 120; pas de changement dans l'état de l'utérus; la malade a de la propension au sommeil. Deuxième dose de seigle ergoté. L'activité de la matrice se réveille après quelques minutes; la propension au sommeil disparaît; cœur du fœtus 100; intermittence. A 11 heures 25 minutes, contractions fréquentes, mais peu fortes, sans progrès remarquables; pouls 112. Naissance d'un garçon 25 minutes avant minuit; l'arrière-faix descend immédiatement dans le vagin. Durant la convalescence, la matrice reste quelques jours plus volumineuse; lochies normales. La mère et l'enfant jouissent d'une bonne santé.

Obs. VI. — Anna Doran, 30 ans, troisième grossesse. (N° 14 des tableaux.)

Le travail commence le 18 juin 1843 et se prolonge jusqu'à ce que la tête vienne comprimer le périnée. La matrice alors tombe dans l'inertie; l'accouchement ne fait aucun progrès pendant plusieurs heures. Première dose de seigle ergoté 20 minutes avant 10 heures du soir: pouls 92; cœur du fœtus 160; battements fort perceptibles. Après une demi-heure, le pouls est descendu à 84; les battements du cœur du fœtus sont très-confus. Aucune amélioration dans l'état de l'utérus. Deuxième dose de seigle ergoté. Malgré l'inefficacité de la première potion, le cœur du fœtus est tellement déprimé et inspire des inquiétudes si sérieuses, que l'accouchement est terminé par le forceps. Le nouveau-né (une petite fille) n'est rappelé qu'avec peine à la vie; mais la mère et l'enfant sont bientôt hors de danger. La sortie de l'arrière-faix a lieu sans peine.

Obs. VII. — Brigitte Cavanagli, 31 ans, primipare. (N° 15 des tableaux.)

Premières douleurs le 1er mars 1843; la constriction du col de l'utérus prolonge cette période de 34 heures.

Le 4 mars, à 9 heures du soir, le passage est tout à fait dilaté; les eaux s'écoulent, la tête est placée de manière que la face se trouve tournée vers le pubis. Contractions faibles, persistance de la tête dans cette position : une dose de seigle ergoté à 9 heures du soir. Au moment de l'administration, pouls 96; cœur du fœtus 152. Les contractions augmentent au bout de 10 minutes; on renouvelle la dose au bout de 15. En une demi-heure, le pouls descend à 48. A 10 heures, sortie d'un enfant mort; une demi-heure après vient, dans une position normale, un second enfant également mort; expulsion régulière du placenta. La situation du pouls persiste pendant plusieurs heures; le second jour, il remonte à 76. Convalescence satisfaisante.

Obs. VIII. — Brigitte Dooley, 34 ans, primipare. (N° 17 des tableaux.)

Les maux de l'enfantement se manifestent le 11 mars 1843, à 10 heures du soir; rupture des membranes fœtales, le même jour; bientôt l'ouverture de la matrice est complétement dilatée.

Le 12, contractions faibles et sans effets; 23 minutes avant 11 heures, une dose de seigle ergoté. La tête se trouve presque sur le périnée. Pouls 104; cœur du fœtus 132. Quinze minutes après l'administration, l'utérus se montre plus actif. A 11 heures, les contractions se succèdent presque sans interruption, mais elles ne sont pas plus intenses qu'auparavant. Pouls 96; cœur du fœtus à peine auscultable : 100, souvent 60. Seconde dose de seigle ergoté une demi-heure après la première. A midi et demi, pouls 80; cœur environ 90. L'accouchement a fait quelques progrès.

Le 13, à 1 heure et demie du matin, à peu près trois heures après la première dose, sortie d'un enfant mort, expulsion du placenta; guérison de la malade.

Obs. IX. — Brigitte Whelan, 33 ans, seconde grossesse. (N° 20 des tableaux.)

Commencement du travail le 20 septembre 1843, à 6 heures du matin.

Le 21, contractions faibles; dose de seigle ergoté, 25 minutes avant midi. Pouls 88; cœur du fœtus 136.

Au bout de 7 minutes, une forte contraction : bientôt l'activité de l'utérus augmente considérablement; les contractions se succèdent presque sans interruption.

Vingt minutes après, la tête, qui se présente dans la deuxième position, presse sur le périnée : pouls 88; cœur fœtal 134, moins fort.

Naissance de l'enfant 25 minutes après l'administration du seigle ergoté. Son cœur a presque cessé de battre, et on ne réus-

sit pas à le rappeler à la vie. L'arrière-faix est expulsé au bout de 10 minutes ; la malade se rétablit promptement.

Obs. X. — Esther Morris, 21 ans, primipare ; forte et corpulente. (N° 23 des tableaux.)

Premier travail le 11 novembre 1844. Le 13, contractions très-faibles ; depuis plusieurs heures, la tête est stationnaire. Pouls 88, cœur du fœtus 160, fort.

A 11 heures 22 minutes, dose de seigle ergoté (3 ß. gr. xv) ; augmentation des contractions au bout de 12 minutes. 20 minutes après l'administration, pouls 96 ; cœur fœtal de 96 à 108, plein ; les battements sont très-perceptibles ; les contractions utérines se succèdent assez régulièrement. Seconde dose de seigle ergoté (3 ß gr. x).

12 heures 10 minutes. Pouls 108, plein ; cœur fœtal 140, ordinaire. L'activité de l'utérus laisse à désirer ; la tête très-peu avancée.

22 minutes avant 1 heure. Les contractions moins fréquentes ; pouls 96, plein ; cœur fœtal 128, parfois seulement 88, confus.

1 heure. La tête avance, les contractions se succèdent à de courts intervalles.

1 heure 3/4. On n'entend presque plus les battements du cœur du fœtus ; ils donnent environ 80.

A 2 heures 10 minutes, naissance d'un enfant mâle ; le cœur a presque cessé de battre ; à l'aide d'une respiration artificielle, on perçoit 120 pulsations.

Malgré la continuation des mouvements du cœur, sous l'influence d'une respiration artificielle, pendant environ une heure après la naissance ; malgré les mouvements des membres de l'enfant par l'application d'excitants externes, on ne réussit pas à le rappeler à la vie.

Le second jour après l'accouchement, pouls 92 ; matrice convenablement revenue à son état primitif ; lochies abondantes.

Le troisième jour, inflammation de l'utérus ; douleurs sans frissons ; lochies rares. Guérison en peu de jours ; convalescence satisfaisante.

Obs. XI. — Maria Monaghan, 28 ans, primipare. (N° 31 des tableaux.)

Le 28 août 1843, les douleurs se manifestent. Pendant 12 heures, la tête, descendue jusqu'au périnée, ne fait pour ainsi dire plus de progrès, les contractions n'étant pas assez fortes.

Le 31, 3/4 avant 11 heures, première dose de seigle ergoté. Pouls 104 ; cœur fœtal 152, pulsations énergiques. Au bout de 10 minutes, plus grande activité de l'utérus ; pouls 96 ; cœur 68. Nouvelle dose après 20 minutes. A 11 1/2 heures, contractions

presque non-interrompues ; pouls 120 ; cœur à peine auscultable ; l'accouchement ne fait aucun progrès, il est terminé par le forceps le quart avant midi. Le cœur continue à battre, mais la vie s'éteint. Au bout de 16 minutes, tout mouvement a cessé. L'arrière-faix ne tarde pas à succéder à l'enfant. La mère contracte une légère métrite ; le quatorzième jour, elle sort de l'hôpital en parfaite santé.

Obs. XII. — Maria Kelly, 36 ans, primipare, maigre, mais paraissant saine. (N° 32 des tableaux.)

Les contractions se déclarent le 26 décembre 1844, à 4 heures du matin. Rupture des membranes, le même jour, à 8 heures ; vers midi, dilatation complète du col de la matrice ; à 8 heures du soir, le doigt atteint l'oreille.

Les contractions n'étant pas assez fortes, le fœtus conserve à peu près la même position jusqu'au 27. A 11 heures 27 minutes, une dose de seigle ergoté (ʒ ß gr. xv). Pouls 76, cœur du fœtus 144, très-perceptible. Contractions plus prononcées ; après 8 minutes, elles se prolongent davantage ; au bout de 13 minutes, elles se succèdent presque sans interruption : la tête comprime le périnée. Le pouls n'éprouve aucune modification après 20 minutes ; le cœur fœtal 92, irrégulier, plein et intermittent. Seconde dose de seigle ergoté (ʒ ß gr. x).

A 12 heures, les contractions sont beaucoup moins énergiques ; à 12 heures 5 minutes, le levier amène un petit garçon. Les battements du cœur sont lents ; l'enfant exécute plusieurs inspirations, mais il ne peut être rappelé à la vie. Le placenta suit l'accouchement à un intervalle de 10 minutes. L'accouchée a un accès de métrite, et finit par se rétablir.

Obs. XIII. — Honor Greene, 27 ans, primipare. (N° 24 des tableaux.)

La tête conserve longtemps la même position : on sent l'oreille. Les contractions sont régulières, mais faibles ; elles restent sans effet. A 2 heures 12 minutes, pouls 88, cœur fœtal 140, forts battements. Première dose de seigle ergoté, dont l'action se manifeste au bout de 12 minutes. Après 15 minutes, les contractions se suivent sans interruption ; le pouls de la mère et le cœur fœtal n'ont éprouvé aucun changement. 33 minutes avant 3 heures, contractions très-fréquentes, mais faibles. Deuxième dose de seigle ergoté. Au quart avant 3 heures, pouls 80, cœur fœtal 84, plein, non intermittent. A 3 heures, l'accouchement est terminé au moyen du levier ; l'enfant est mort.

L'utérus contenant un second fœtus, on provoque la rupture des membranes ; le cœur diminue en fréquence ; la naissance a lieu

35 minutes après celle du premier enfant. Tout battement du cœur a cessé pendant la sortie. L'accouchée a une bonne convalescence.

Obs. XIV. Agnès Cavanagh, 30 ans, primipare. (N° 39 des tableaux.)

Le travail commence le 24 novembre, à 2 heures de l'après-midi; les membranes ne tardent pas à se rompre.

Le 25 à 2 heures du matin, le col est dilaté, la tête pénètre dans le bassin. A 2 heures de l'après-midi, l'action de l'utérus est très-faible; les contractions ne se produisent qu'à de longs intervalles : l'accouchement reste stationnaire; c'est à peine si le doigt atteint l'oreille. Pouls 72; cœur fœtal fort, 140. Une dose de seigle ergoté. Au bout de 10 minutes, les contractions de la matrice semblent excitées, et en 20 minutes le pouls tombe à 60; le cœur fœtal conserve 140 battements. Nouvelle dose de seigle ergoté. A 5 heures moins 5 minutes, pouls 68; cœur 132, plus faible. Les contractions se déclarent par intervalles réguliers; elles sont peu prononcées. A 5 1/2 heures, pouls 76; cœur fœtal 120, très-faible; action de l'utérus pas assez forte. Afin d'exciter davantage la matrice, on fait marcher la femme, qui a quelques nausées. Le mouvement a amélioré les contractions. A 5 heures, pouls 64; cœur 116; le second battement très-faible. Trois heures après la première administration du seigle ergoté, le cœur du fœtus cesse de battre; on termine l'accouchement à l'aide du crochet. La sortie de l'arrière-faix n'éprouve aucun obstacle. Le rétablissement est lent : le 22 décembre 1843, cette femme sort de l'hôpital.

Obs. XV. Jane Thomson, 25 ans, primipare. (N° 40 des tableaux.)

Le 14 juin, rupture des membranes; le 15, à 9 heures avant-midi, dilatation du passage; à 8 heures du soir, on sent l'oreille, malgré la situation élevée de la tête dans le bassin. L'utérus se montre presque tout à fait inerte; pouls 120; cœur fœtal 144, faible, intermittent de temps à autre. Langue non chargée et humide, ventre libre. Dose ordinaire de seigle ergoté. Après 15 minutes, pouls 116, plein et mou; cœur du fœtus si faible, que les battements ne peuvent se compter; fréquentes intermittences. L'utérus reste dans le même état. Seconde dose de seigle ergoté, à 23 minutes d'intervalle. Durant environ un quart d'heure, les contractions paraissent s'améliorer : elles se succèdent avec plus de rapidité; cependant le travail n'avance pas. Six minutes avant 9 heures, cœur du fœtus 132, parfois assez régulier; pouls 128, mou. Une demi-heure plus tard, contractions fort régulières; mais l'accouchement ne fait pas le moindre progrès. Cœur du fœtus presque

inexplorable ; il cesse de battre deux heures après l'administration du seigle ergoté. Le délire s'étant déclaré vers 10 heures, on termine l'accouchement par le perforateur. Pouls 100. La complète inertie de la matrice force d'aller à la recherche du placenta. Mort le 24 juin, à la suite de phlébite.

Obs. XVI. — Anna Smyth, 30 ans, primipare, petite et d'une faible constitution. (N° 47 des tableaux.)

Premières douleurs le 28 janvier 1845, à 6 heures de l'après-midi. Le 29, à 10 heures du soir, l'ouverture du passage est presque enclavée.

Le 30, à 6 heures du matin, rupture des membranes ; à 9 heures, le doigt atteint l'oreille : la tête ne fait que peu de progrès à cause des contractions insuffisantes de l'utérus ; elles cessent tout à fait 22 minutes avant 4 heures, et la tête conserve sa position. Un liquide jaunâtre s'écoule par la vulve. On administre une dose de seigle ergoté. Pouls 88 ; cœur fœtal 140, assez fort. Au bout de 20 minutes, les choses restent dans le même état, tant du côté de la matrice que du côté du pouls de la mère et du cœur de l'enfant. Seconde dose de seigle ergoté. Après 30 minutes, les contractions n'ont pas augmenté ; le pouls comme auparavant ; les battements du cœur fœtal presque inexplorables, bourdonnants et très-lents ; quelques minutes plus tard, ils cessent totalement. Pendant l'accouchement, opéré par le crochet, l'utérus est tellement passif que l'on craint une perte sanguine qui, heureusement, ne se manifeste pas. L'expulsion du placenta est opérée par la compression de la matrice. Cet organe reste pendant plusieurs jours très-volumineux ; les lochies sont foncées. Le rétablissement marche à souhait.

EXPLICATION DES TABLEAUX.

Tabl. I. Il contient les cas dans lesquels les enfants naquirent vivants et furent expulsés par les seules contractions de la matrice.

Tabl. II. Il renferme les cas où après l'administration du seigle ergoté les enfants vinrent vivants au monde, mais où la délivrance nécessita l'emploi des instruments.

Tabl. III. Dans ce tableau sont indiqués les enfants mort-nés et expulsés par les seuls efforts de l'utérus.

Tabl. IV. Il indique les cas où le cœur fut tellement déprimé, qu'il fallut avoir recours au forceps ou au levier, sans cependant pouvoir sauver l'enfant.

Tabl. V. Il réunit les accouchements opérés par le crochet, le cœur du fœtus ayant cessé tout mouvement après l'usage du seigle ergoté.

	Nos d'ordre.	Nombre des grossesses.	Age de la femme.	Sexe de l'enfant		Temps écoulé depuis l'administr. du seigle ergoté jusqu'aux effets sur l'utérus.	Action sur le pouls.			Action sur le cœur.			Heures de durée de l'accouch.		Temps écoulé depuis l'administration du seigle ergoté jusqu'à la naissance de l'enf.		Sortie de l'arrière-faix.	État des lochies.	État de l'utérus.	OBSERVATIONS.
				Mâle.	Femelle.	Minutes.	Nulle.	Diminution.	Augmentat.	Augmentat.	Diminution.	Nulle.	1er stade.	2me stade.	Heur.	Min.				
TABLEAU I. — *Enfants nés vivants ; accouchements opérés par les seules contractions de la matrice.*	1	3	30	1	»	12	»	»	1	1	1	»	50	24	2	30	diffic.	foncées.	volum.	Le col de l'utérus se contract : sur le placenta. Métrite. Guéris.
	2	2	35	1	»	12	»	»	1	»	»	1	30	20	1	5	favor.	natur.	natur.	Guérison.
	3	3	30	»	1	15	»	»	»	»	»	»	16	11	1	00	id.	id.	id.	Tête 10 h. sur le périnée. Guér.
	4	1	25	»	1	25	»	»	1	»	1	»	40	24	2	20	id.	id.	id.	Guérison.
	5	1	25	»	2	10	»	1	»	»	»	1	28	13	1	15	id.	id.	id.	Jumelles. Positions naturelles. Le second enfant vient 1/4 d'heure après le premier. Guér.
	6	1	20	1	»	25	»	1	»	»	»	1	28	16	0	45	id.	id.	volum.	La tête reste pendant 12 h. dans la même position. Guéris.
	7	1	25	1	1	15	»	»	1	»	»	»	6	0	0	40	id.	id.	natur.	Jumeaux. Le premier se présente par le pied et le cordon ombilical; seigle ergoté pour le second : la tête se présente. Guér.
TABL. II. — *Enfants nés vivants; accouch. terminés par le forceps ou le levier.*	8	2	40	1	»	00	1	»	»	»	»	1	27	17	0	40	id.	id.	id.	Forceps. Guérison.
	9	1	26	1	»	30	»	»	1	»	1	»	28	14	1	00	id.	id.	id.	Levier. Guérison.
	10	2	30	»	1	00	»	1	»	»	1	»	28	17	1	30	id.	id.	id.	Forceps. Guérison.
	11	1	25	1	»	7	1	»	»	1	1	»	36	13	0	50	id.	id.	id.	id. Cœur du fœtus 100. L'enfant meurt trois heur. après la naissance. Guérison.
	12	1	20	1	»	10	»	1	»	»	1	»	25	16	1	00	id.	id.	id.	Levier. Cœur du fœtus 102. Tête pendant 12 heures sur le périnée. Guérison.
	13	1	21	»	1	23	»	»	»	»	1	»	34	23	2	00	id.	foncées.	volum.	Levier. Métrite. Guérison.
	14	3	30	»	1	00	»	1	»	»	1	»	26	12	0	30	id.	natur.	natur.	Forceps. Guérison.

TABLEAU III. — Enfants mort-nés ; accouchements terminés par les seules contractions de la matrice.

Nos d'ordre.	Nombre des grossesses.	Age de la femme.	Sexe de l'enfant. Mâle.	Sexe de l'enfant. Femelle.	Temps écoulé depuis l'administr. du seigle ergoté jusqu'aux effets sur l'utérus. (Minutes.)	Action sur le pouls. Nulle.	Action sur le pouls. Diminution.	Action sur le pouls. Augmentat.	Action sur le cœur. Augmentat.	Action sur le cœur. Diminution.	Le cœur du fœtus cesse de battre. H.	Le cœur du fœtus cesse de battre. M.	Heures de durée de l'accouch. 1er stade.	Heures de durée de l'accouch. 2me stade.	Temps écoulé depuis l'administration du seigle ergoté jusqu'à la naissance de l'enf. Heur.	Temps écoulé depuis l'administration du seigle ergoté jusqu'à la naissance de l'enf. Min.	Sortie de l'arrière-faix.	État des lochies.	État de l'utérus.	OBSERVATIONS.
15	1	31	2	»	10	»	1	»	»	1	1	00	79	»	1	30	favor.	natur.	natur.	Le pouls déprimé pendant la convalesc. Jumeaux naturels. Le premier, la face tournée contre le pubis. Interv. 1/2 h. Guér.
16	2	28	»	1	30	»	»	»	»	1	2	00	25	»	2	00	id.	id.	id.	On ne réussit pas à rappeler l'enfant à la vie.
17	1	34	1	»	15	»	1	»	»	1	2	30	36	27	3	00	id.	id.	id.	Guérison.
18	3	27	1	»	10	»	»	»	»	1	1	00	26	18	1	00	id.	foncées.	volum.	Guérison.
19	1	28	»	1	30	»	»	1	»	1	1	45	60	16	1	45	id.	natur.	natur.	2e position. Guérison.
20	2	33	1	»	7	1	»	»	»	1	0	25	30	16	0	25	id.	id.	id.	Id. Le cœur du fœtus a presque cessé de battre à la naissance. Guérison.
21	1	18	»	1	10	1	»	»	»	1	0	20	30	14	0	20	id.	foncées.	id.	Le cœur du fœtus a presque cessé de battre à la naissance. Métrite. Guérison.
22	3	34	1	»	15	»	1	»	»	1	1	40	26	24	1	40	id.	natur.	volum.	Guérison.
23	1	21	1	»	12	»	»	1	»	1	3	00	42	»	2	30	id.	peu ab.	id.	Respirat. artificielle ; le cœur du fœtus continue ses mouvem. pendant une h. Métrite. Guéris.
24	1	27	1	»	10	»	1	»	»	1	1	30	27	»	2	00	lent.	pâles peu ab.	id.	Retard à la 2e période. Id.
25	1	27	1	»	13	»	1	1	»	1	1	45	27	14	1	45	favor.	natur.	natur.	Le pouls tombe, se relève. Gué.
26	1	22	»	1	10	»	1	»	»	1	2	00	32	17	2	00	id.	brunes peu abond.	volum.	Pouls déprimé ; 88 pendant quelques jours. Guérison.
27	1	24	1	»	12	»	1	»	1	1	2	30	29	12	4	00	id.	natur.	natur.	Retard à la 2e période. Guér.
28	1	23	1	»	15	»	»	1	»	1	1	35	28	12	1	35	id.	peu ab.	volum.	Métrite. Guérison.
29	2	22	1	»	20	1	»	»	»	1	1	00	36	12	1	00	id.	natur.	natur.	Guérison.

Nos d'ordre.	Nombre des grossesses.	Age de la femme.	Sexe de l'enfant: Mâle.	Sexe de l'enfant: Femelle.	Temps écoulé depuis l'administr. du seigle ergoté jusqu'aux effets sur l'utérus.	Action sur le pouls: Nulle.	Action sur le pouls: Diminution.	Action sur le pouls: Augmentat.	Action sur le cœur: Diminution.	Heures de durée de l'accouch.: 1er stade.	Heures de durée de l'accouch.: 2me stade.	Temps écoulé depuis l'administration du seigle ergoté jusqu'à la naissance de l'enf.	Sortie de l'arrière-faix.	État des lochies.	État de l'utérus.	Le cœur du fœtus tombe à	OBSERVATIONS.
					Minutes.							Heur. Min.					
TABLEAU IV. — *Enfants mort-nés; accouchements terminés par le forceps ou le crochet.*																	
30	2	30	1	»	25	»	»	1	1	36	13	1 55	favor.	natur.	natur.	104	Levier. Guérison.
31	1	28	1	»	10	»	1	»	1	30	15	1 00	id.	peu ab.	volum.	68	Forceps. Pendant 12 h. peu de progrès. Guér. Métrite.
32	1	36	1	»	8	1	»	»	1	32	24	0 40	id.	foncées.	id.	92	Levier. Cherche à respirer. Métrite. Guérison.
33	1	30	»	1	15	1	»	»	1	36	14	1 30	id.	natur.	id.	80	Levier. Cherche à resp. Le cœur à 120 par la resp. artific. Guér.
34	1	27	2	»	12	»	1	»	1	36	27	2 00	id.	id.	natur.	84	Levier. Jumeaux. Le 1er nat., la face tournée vers le pubis; le 2e présente le coccyx. Interv. de 35 minutes. Guérison.
35	1	33	»	1	15	1	»	»	1	33	9	3 00	id.	id.	id.	84	Levier. Cherche à resp. Guér.
TABLEAU V. — *Enfants mort-nés; accouchements terminés par le cervelet.*																Le cœur du fœtus cesse de battre après l'admin. du seigle ergoté. Heur. Min.	
36	2	34	1	»	10	1	»	»	»	38	18	4 30	id.	pâles.	id.	3 00	Perfor. Guérison.
37	1	27	»	1	20	»	1	»	»	50	16	2 10	id.	fétides.	volum.	1 10	id. Métrite. Guérison.
38	5	35	1	»	22	1	»	»	»	30	22	n'agit pas bien.	Hémorrh. avant et apr.	id.	id.	6 00	id. Action de l'utérus très-faible. Guérison.
39	1	28	1	»	15	1	»	»	»	36	24	4 00	favor.	brunes.	id.	3 00	id. Guérison.
40	1	30	1	»	10	»	1	»	»	35	17	4 00	id.	maladiv.	natur.	3 00	id. id.
41	1	25	»	1	15	»	1	»	»	37	13	2 00	retenu.	fétides.	volum.	2 00	id. Pouls déprimé quelque temps. Mort de phlébite.
42	1	30	»	1	20	1	»	»	»	38	14	3 30	favor.	natur.	id.	2 30	id. Guérison.
43	1	36	1	»	15	1	»	»	»	28	18	2 45	id.	id.	natur.	1 45	id. Métrite. Guérison.
44	1	26	1	»	30	»	1	»	»	60	14	3 30	id.	maladiv.	volum.	2 30	id. Mort le 6e j. de métro-périt.
45	1	23	1	»	25	»	1	»	»	48	13	3 00	id.	natur.	natur.	2 00	id. Guérison.
46	2	28	1	»	15	1	»	»	»	46	23	6 00	id.	id.	id.	2 30	id. id. (*The Dublin Journal of med. Sc.*,
47	1	25	»	1	30	»	»	1	»	25	12	2 00	id.	id.	id.	1 00	id. id.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbuecher der K. K. OEsterreichischen Staates.

(Analyse par le docteur Biver.)

OCTOBRE 1844. (Suite.)

Sur l'utilité des feuilles de noyer et du brou de noix dans beaucoup de cas de scrofule; par le professeur Hauser, à Olmutz.

Cet article, que nous regrettons de ne pouvoir donner en entier, renferme des aperçus pratiques d'une grande valeur : il est le fruit d'un travail consciencieux et impartial. Ecrit par un professeur, il a le mérite d'être exempt de cette infaillibilité familière, de ce pédantisme propre à la docte gente enseignante.

L'auteur se félicite d'avoir obtenu quelques succès par l'emploi du *juglans regia*, ne fût-ce que pour pouvoir les opposer à la jodomanie actuelle, contre laquelle nombre de praticiens n'osent s'élever *(quia exempla sunt odiosa)*. Nous ne nous étendrons pas sur le mode d'administration, nous nous contenterons de signaler les maladies dans lesquelles l'auteur a fait avec succès usage du *juglans regia;* ce sont :

1.) Les ulcérations cutanées plus ou moins étendues, surtout au côté du cou, avec tuméfaction des glandes voisines;

2.) La teigne furfuracée et la teigne faveuse;

3.) Les dartres phlycténoïde, furfuracée et ulcérée;

4.) Les tumeurs chroniques scrofuleuses des parties molles, des articulations et des os;

5.) La carie scrofuleuse, compliquée d'ulcérations étendues des parties molles.

Pour notre compte, nous devons faire remarquer que depuis un temps immémorial ce remède est connu et famé chez le peuple. Nous saisissons cette occasion pour réveiller l'attention des praticiens et les engager à employer plus souvent et plus généralement les amers simples, au lieu de recourir sans cesse aux substances les plus héroïques, dont la terre muette couvre fréquemment les œuvres.

Le *juglans regia* peut être un remède excellent contre la scrofulose, mais nous pouvons certifier que peu de contrées renferment plus de scrofuleux que celles où l'on cultive le noyer en masse; et cependant tout, jusqu'à la terre, l'eau et les végétaux, est imprégné de brou. Nous pensons que dans la scrofulose c'est le changement de régime, d'aliment, d'air, etc., etc., etc., qui, plus que tous les remèdes (médicaments) produit des résultats avantageux.

La bienfaisance des moines, la charité des abbayes, entretenaient autour des couvents une masse de fainéants qui croupissaient dans des bouges, au milieu d'une démoralisation profonde, engendrée par l'oisiveté et par la facilité de trouver des aliments pour les fruits de leurs accouplements. Ces lieux avoisinant les couvents étaient des receptacles de scrofuleux. Nous connaissons nombre de ces communes ; et aujourd'hui que le peuple qui les habite est devenu travailleur, il y pullule une génération qui contraste admirablement par sa vigueur et sa fraîcheur avec la génération qui s'en va et que nous avons vue dans sa vigueur.

Sur la fièvre puerpérale qui a régné à la Maternité de Gratz; par le professeur Schoeller, à Gratz. (*Suite.*)

Le docteur Schoeller ne nous a donné aucun détail nouveau sur la fièvre puerpérale. Sa division en typhoïde et inflammatoire est très-simple, la ligne de démarcation est naturelle. Nous dirons, à cette occasion, que le travail du docteur Schoeller est bien fait et utile à tous les praticiens.

Sur la fièvre puerpérale elle-même, nous n'ajouterons rien à la remarque donnée au premier article; nous dirons seulement qu'il y a quelque trente années que des écrivains illnstres soutenaient encore que la fièvre puerpérale n'existait pas : aussi le seigle ergoté et les manipulations savantes des nombreux accoucheurs qui ne veulent pas avoir l'air d'être des témoins inactifs et inutiles fort chers, n'avaient pas encore excité, forcé, déchiré, torturé, par une foule de moyens, un système d'organes admirablement construit pour l'exécution de ses importantes fonctions.

La thèse du docteur Mercier, *Essai sur la question : Existe-t-il une fièvre puerpérale?* Paris, 1804, prouve combien elle était, à cette époque, rare et simple. Pinel dit « que la femme en couche est disposée à contracter toutes les maladies, et que l'affection simultanée de l'utérus leur a fait donner les noms de fièvres puerpérale, inflammatoire, gastrique, etc., etc.

Aujourd'hui, la fréquence de cette maladie est excessive, et c'est un fléau meurtrier pour les Maternités, qui devraient être éloignées des hôpitaux et établies dans des pavillons isolés les uns des autres, et qui ne contiendraient que 2 à 4 lits au plus chacun.

Si nous avons laissé là l'histoire de la fièvre puerpérale et sa description, c'est qu'elle est suffisamment connue des praticiens à cause de sa fréquence ; nous croyons cependant faire plaisir à nos collègues en leur communiquant les résultats que la nécropsie a donnés au professeur de Gratz.

Peu d'heures après la mort, les cadavres des femmes qui ont succombé à la fièvre puerpérale exhalent une odeur animale sper-

matique qui attire les mouches au point de leur faire abandonner les corps morts à la suite d'autres maladies. Aussi bientôt des milliers de vers apparaissent aux commissures des lèvres, aux narines, aux parties génitales et à l'anus. La putréfaction est très-prompte; en peu de temps le dos et le bas-ventre se couvrent de taches livides qui prennent une teinte verdâtre vers le pubis. Les veines des hanches se distinguent surtout par leur couleur bleue foncée, si pendant la maladie il existait une éruption miliaire. La peau est alors souvent couverte de desquamations, surtout aux fesses. La bouche laisse échapper un fluide semblable à de la salive, et des parties génitales généralement flasques s'écoule un ichor sanguinolent âcre. Si la maladie a été longue, alors les traits sont tellement défigurés qu'il est impossible de reconnaître la personne qu'on a vue vivante; l'abdomen est très-distendu lorsque la maladie a duré un peu longtemps.

Ouverture du crâne.—Çà et là, entre la dure-mère et la pie-mère, on trouve un peu de sérosité. Dans les cas de congestion, les membranes du cerveau étaient rouges, les chambres contenaient plus de sang qu'à l'ordinaire; mais le cerveau lui-même n'était jamais enflammé, même lorsqu'il avait existé de la phrénésie, car les malades mouraient pendant la réaction. Une fois l'auteur trouva la dure-mère enduite d'une couenne ayant la consistance de crême : une matière semblable, glutineuse, blanche, était amassée entre la dure-mère et la pie-mère.

Ouverture du thorax.— Dans la poitrine, tout était d'ordinaire à l'état normal, si l'on excepte le sang parfois contenu dans les vaisseaux et le cœur, qui lui-même présentait des altérations. Souvent la cavité thoracique et le péricarde renfermaient une sérosité albumineuse; les poumons étaient enduits d'une lymphe coagulable. Souvent encore l'un ou l'autre poumon était enflammé et gorgé de sang. Le cœur était flasque, sa substance exsangue; les ventricules et les gros troncs ne contenaient qu'une petite quautité d'un sang très-fluide, d'un brun-noirâtre, exhalant une odeur toute particulière, que Schoeller est tenté de comparer à celle de la sueur des pieds.

L'auteur a trouvé au sang des fièvres puerpérales typhoïdes un tout autre aspect qu'à celui des autres typhisés : ce sang présente quelque ressemblance avec celui des individus empoisonnés par l'acide prussique, ou celui de ceux qui sont morts d'une morsure de vipère, l'odeur exceptée. Ce liquide diffère entièrement de celui des cholériques, et par la couleur, et par l'odeur, et par la consistance. Quand la fièvre puerpérale a été compliquée de scarlatine, c'est-à-dire dans la scarlatine puerpérale, Schoeller a toujours

trouvé les surfaces internes de l'aorte ascendante et du cœur gauche rougies à moitié : cette couleur ne pouvait être entièrement enlevée avec le scalpel, et dans ce cas le cœur était toujours dur. Ce sang cependant présentait encore les caractères précités. Quelquefois on trouvait des traces de pleurésie.

Ouverture de l'abdomen. — Les intestins distendus par des gaz se précipitaient ordinairement à travers l'ouverture, ainsi qu'une notable quantité de fluides.

Cet épanchement caractéristique se rencontrait même dans les cadavres des femmes qui avaient succombé au genre typhoïde dans le court espace de quelques heures; il ne manquait presque jamais. Le fluide épanché ressemble en général à du petit lait, et conserve encore quelque chose de l'odeur de ce dernier. Quelquefois il est tout à fait séreux, comme de l'eau : il surnage alors des flocons semblables à du fromage ou à la crême qui couvre le lait. Parfois ces flocons sont collés aux viscères vers leurs courbures, au foie, aux intestins, à l'utérus, aux ovaires et au péritoine; quelquefois tous en sont tapissés. Il n'est pas rare de voir nager dans ce liquide des parcelles puriformes, surtout vers l'utérus, lorsque les trompes ou les ligaments larges ont été en suppuration. Ce fluide laiteux, aqueux, doit être âcre; car dans presque tous les cas les viscères qu'il baigne présentent un aspect de macération. Ordinairement le foie était complétement refoulé en haut, il avait une teinte pâle. La vésicule du foie renfermait un peu d'une bile aqueuse. L'estomac étaît très-distendu, comme ramolli; quelquefois il était rouge et sa membrane muqueuse était enflammée; il contenait des boissons, des médicaments, ou un fluide semblable à de l'eau de fromage. La rate était molle. Les intestins étaient très-distendus par des gaz, ils présentaient l'image de la paralysie; quelques-uns offraient des plaies d'un bleu foncé livide. Cette teinte n'était pas superficielle, elle s'étendait à toute l'épaisseur de la substance. La plus grande partie des intestins distendus étaient très-pâles, et, en les fendant, des gaz faisaient irruption avec violence, avec bruit, et même avec une sorte d'explosion : quelquefois ils renfermaient une grande quantité d'un fluide semblable à celui de l'épanchement; il y avait peu de matières fécales, des vers, du mucus, et presque pas de traces de bile. Les veines du mésentère étaient gorgées de sang. L'épiploon était retiré en haut; quelquefois il était détruit et comme absorbé. Dans toute l'étendue du péritoine, surtout vers le bassin, on voyait presque constamment des taches bleues, grandes comme la main, et même plus grandes. L'auteur a trouvé la teinte bleue foncée, point d'autres nuances. Presque toujours cette couleur occupait le péritoine même; parfois cependant on pouvait

enlever la couche dont la coloration ne provenait que du sang surabondant qui gorgeait le réseau capillaire sous-jacent. La vessie était généralement contractée et vide, comme à la suite du choléra. Souvent la matrice ne présentait d'autre anomalie qu'un développement plus grand, suite de la grossesse à peine terminée; parfois elle était distendue jusque vers l'ombilic, et tellement peu consistante qu'on pouvait la lacérer avec les doigts: quelquefois son développement était dû à l'inflammation, elle était dure, comme cartilagineuse au toucher; parfois elle ne présentait ce caractère que dans sa partie péritonéale: parfois aussi il s'étendait au corps même et surtout au col. Les veines de ces matrices contenaient du pus; on pouvait l'en faire sortir en comprimant des lambeaux de cet organe. Parfois l'utérus ne présentait que des ulcérations superficielles; mais d'autres fois le col était en pleine suppuration, surtout la partie postérieure. La surface intérieure était presque constamment enduite d'une couche d'un sang lochial d'un rouge-noirâtre ou couleur de cuivre; il n'était pas rare de rencontrer des fragments de placenta ou d'amnios lacérés en putréfaction. Dans nombre de cas, on pouvait enlever ces couches, et alors l'utérus présentait une surface très-nette, à l'exception du lieu de l'insertion du placenta : quelquefois la substance de l'organe même se trouvait en dissolution, c'est-à-dire que celle-ci avait réduit les diverses couches en une masse homogène en putrilage. Schoeller a vu quelquefois une simple ulcération dans son intérieur: une fois il a trouvé l'utérus déchiré; très-souvent les ligaments larges et les trompes étaient enflammés, ils l'étaient même plus souvent que l'utérus. Les ovaires, ordinairement le gauche, ressemblaient à des masses de sang coagulé, ils se déchiraient au toucher. Les reins étaient fanés; quelquefois on y trouvait des traces du mal de Bright. Les uretères étaient affaissés; le vagin était sali par du sang ou par d'autres matières ; quelquefois il était rouge, blessé, déchiré, enflammé, et il présentait l'empreinte des instruments. Deux fois Schoeller a trouvé, comme Eisenmann, une éruption exanthématique en suppuration dans le vagin : souvent les parties extérieures de la génération étaient dans un état de gonflement inflammatoire; plus souvent il y existait des lésions; souvent elles étaient flétries et flasques. Souvent le périnée était déchiré; fréquemment aussi la combinaison typhoïde pouvait être démontrée par la présence d'ulcérations au jéjunum et au cœcum. — Ordinairement les glandes mésaraïques étaient tuméfiées, et celles de Peyer et de Brunner pendaient dans les intestins comme des appendices graisseux, à force d'être développées. Le plexus solaire et le grand sympathique étaient çà et là rougis; les ganglions ab-

dominaux, la moelle épinière, et surtout la queue de cheval, étaient généralement ramollis ; le canal rachidien contenait de l'eau.

Nous nous abstiendrons de soumettre au lecteur le traitement multiple compliqué, et, selon nous, irrationnel, qui est recommandé par la plupart des puerpéropyrologues.

Remarque. — Nous placerons ici non pas notre thérapeutique, car la nature de cet écrit ne nous le permet pas, mais une exhortation aux accoucheurs en général, à ceux des Maternités en particulier, et surtout à ceux qui dirigent des élèves qui multiplient des attouchements maladroits, indélicats.

Nous proposons de surveiller mieux les accouchements, d'être sobre d'attouchements, de compter davantage sur les ressources de la nature, et de ne pas se laisser aller trop facilement à l'application des instruments, de ne les employer qu'avec prudence et douceur, et jamais avec effort ; car toujours l'effort a été exigé par une fausse direction ou application. Nous recommandons la prudence dans les opérations manuelles.

Si l'on employait plus souvent les bains, si les frictions sur l'abdomen, les liniments, le seigle ergoté et autres semblables, étaient à peu près proscrits, si les manipulations étaient toujours discrètes, il y aurait peu de fièvres puerpérales, et la stase laiteuse vers les glandes mammaires s'effectuerait mieux. Si l'isolement des accouchées dans des pavillons était adopté, elles n'infecteraient pas les nouvelles venues ; si l'examen le plus attentif des parties génitales extérieures et intérieures était plus consciencieusement exécuté, nul doute que mainte fausse application serait évitée, et que souvent une thérapeutique très-simple, mais rationnelle, réussirait mieux que toute la profusion de moyens qui semblent devoir hurler de se rencontrer réunis près du même individu.

Suite de la *Pneumonie bovine dans le Oberinnthal ;* par le docteur Nagy.

Nous eussions désiré communiquer aux médecins et aux vétérinaires le tableau tracé par Nagy : c'est un travail magnifique, plein de vues saines, que nous ne saurions trop recommander.

II.

Suite de l'*Histoire abrégée de l'Université de Vienne*, etc. ; par le docteur Rosas.

Suite de l'*Histoire des établissements sanitaires et de bienfaisance de Prague*; par Nowak.

Suite de l'*Exposé des établissements sanitaires de l'archiduché d'Autriche et du duché de Salzbourg ;* par Streinz.

Suite du *Rapport médical sur la prison provinciale de Vienne ;* etc. par Haller.

Suite du *Coup-d'œil sur les maladies traitées dans la clinique ophthalmologique de Vienne*, etc.; par Seidl.

Suite et fin du *Rapport annuel sur la division des maladies cutanées, sous la direction de* Skoda, *à l'hôpital général de Vienne ;* par le docteur Hebra.

Suite du *Rapport sur la division de chirurgie de l'hôpital de Wieden, à Vienne, en* 1843 *;* par Lorinser.

Suite de la *Description, etc., du duché de Salzbourg ;* par le docteur Olzberger.

III.

Sur la *Connaissance certaine et le traitement des maladies de la poitrine;* par le docteur Schoepff, à Pesth.

Cet écrit en langue hongroise est peut-être le traité le plus mémorable et le plus complet sur cette matière; nous regrettons de n'être pas à même d'en donner une analyse, et de devoir nous borner à ce petit résumé de l'opinion de Hartmann.

IV.

Ordonnance du roi de Bavière sur la police et l'ordre des bains, en date du 21 *juillet* 1843.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1845-1846. — N° 3.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1846. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Communication du Gouvernement.

M. le Ministre de l'Intérieur, répondant à une demande du Bureau de l'Académie, adressée à son prédécesseur, informe la Compagnie qu'elle peut soumettre au Gouvernement les modifications qu'elle jugerait utiles de faire introduire dans ses Statuts organiques.

Rapports et discussions.

I. *Rapport de la sixième Section sur une requête de* M. JENOT, *concernant l'institution des vétérinaires du Gouvernement et la répression de l'empirisme vétérinaire.*

— M. le Président : La parole est à M. Delwart, rapporteur.

— M. THIERNESSE : M. Delwart n'étant pas présent, je donnerai lecture de son rapport.

Messieurs,

Le Bureau de l'Académie a renvoyé à la sixième Section une requête adressée par M. Jenot, médecin vétérinaire à Wasseiges (Liége), concernant l'institution des vétérinaires du Gouvernement, dont il demande la suppression. Il propose, en même temps, l'allocation d'un traitement annuel de cinq cents francs pour

chaque vétérinaire de campagne, et la répression de l'empirisme.

Le pétitionnaire propose un moyen bien simple, à son avis, et qui permettrait de faire droit à sa réclamation sans blesser les intérêts des vétérinaires actuellement nommés par le Gouvernement. Ce moyen consiste dans la répartition des 250 à 300 vétérinaires existant en Belgique, dans les 2515 communes du Royaume, en leur assignant une résidence, de manière que chacun d'eux ait dix à douze communes sous sa direction, et qu'ils jouissent tous des mêmes avantages. Il demande que l'on accorde aux vétérinaires de campagne un traitement annuel de 5 à 600 francs, à l'instar de ce qui se fait en Hollande (1).

Nous croyons que la juste répartition des communes entre tous les vétérinaires serait chose difficile, pour ne pas dire impossible. Quant au traitement que propose de leur allouer M. Jenot, nous formons des vœux pour qu'il soit accordé, au moins aux vétérinaires du Gouvernement, seuls employés de l'État non rétribués, si tant est qu'on les conserve.

M. Jenot réclame contre l'empirisme. Un projet de loi vous a déjà été soumis ; la discussion à laquelle vous vous êtes livrés a prouvé à l'évidence la nécessité de réprimer cet abus.

En conséquence, votre sixième Section a l'honneur de vous proposer d'adresser à M. le Ministre de l'Intérieur la pétition de M. Jenot, avec prière de la prendre en considération.

Aucun membre ne demandant la parole, cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

II. *Rapport de la Commission de législation sur les requêtes relatives à la vente des médicaments en Belgique.* — M. Sauveur, rapporteur. (Discussion.)

M. Sauveur : Je déclare, en ce qui me concerne (et mes collègues feront sans doute comme moi), que je n'hésiterai pas à me rallier aux propositions qui pourront être produites dans cette enceinte, si je les juge préférables à celles que la Commission que je représente a formulées pour diriger l'Académie vers le but qu'elle doit chercher à atteindre sans sacrifier la question de principe, c'est-à-dire sans perdre de vue que l'intérêt et la dignité de l'art exigent la séparation de l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et que la faculté que les lois des 21 germinal an XI et 12 mars 1818 accordent aux médecins et aux chirurgiens des communes rurales, de fournir eux-mêmes les médica-

(1) Chaque vétérinaire sortant de l'École d'Utrecht, porteur d'un diplôme de première classe, reçoit un traitement annuel de 500 florins ; ceux de deuxième classe en reçoivent un de 400.

ments qu'ils ordonnent, n'est qu'une mesure d'exception fondée sur la nécessité, et dont le temps fera un jour justice.

L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI porte : « Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens (ce dernier mot est au pluriel) ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les deux articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir une officine ouverte. »

Cet article s'applique évidemment aussi bien aux docteurs en médecine diplômés antérieurement au réglement du 25 septembre 1816 et à la loi du 12 mars 1818, qu'aux officiers de santé reçus sous l'empire de la loi du 21 germinal an XI.

Les docteurs en médecine et les officiers de santé diplômés antérieurement au réglement du 25 septembre 1816 et à la loi du 12 mars 1818, ne peuvent donc fournir de médicaments à leurs malades dans les communes où ils résident, lorsqu'il s'y trouve une officine pharmaceutique.

Vous connaissez, Messieurs, les réponses que la Commission dont je suis l'interprète a faites aux principales considérations qu'invoquent les médecins et les chirurgiens qui demandent le maintien absolu des dispositions de l'article XI de la loi du 12 mars 1818.

La première de ces considérations concerne les droits imprescriptibles que les praticiens des communes rurales auraient, suivant eux, à fournir des médicaments à leurs malades. Je n'ai que deux mots à ajouter à ce que j'ai dit à ce sujet dans mon rapport : c'est que dans la dissidence d'opinion qui s'est produite sur cette question dans le sein de la Commission, j'ai dû me borner à l'examiner d'après les principes du droit public, qui n'admettent point qu'une loi d'intérêt général puisse engager l'avenir. Ces lois sont toujours essentiellement révocables. La question reste entière au point de vue de l'équité, et vos Commissaires appellent l'Académie à la résoudre. Quant à moi, j'admets personnellement, et cette opinion ne date pas d'aujourd'hui, Messieurs, qu'il est équitable de tenir compte aux médecins et aux chirurgiens des communes rurales, de la position que leur ont faite les lois des 21 germinal an XI et 12 mars 1818. Je juge même, contrairement à l'honorable auteur de l'un des amendements qui nous ont été distribués il y a trois jours, que la mesure dont il s'agit doit être prise d'une manière générale, c'est-à-dire qu'elle doit s'étendre indistinctement à tous les médecins et chirurgiens des communes rurales qui exercent

actuellement dans le royaume, parce qu'un droit ou la faculté de jouir d'une chose ne se perdent point par le non-usage, à moins qu'il n'existe une stipulation prononçant la déchéance.

J'ai également peu de choses à dire aujourd'hui sur la seconde objection, qui gît dans cette assertion que le retrait des dispositions précitées des lois des 21 germinal an XI et 12 mars 1818 aurait pour effet d'augmenter indéfiniment le nombre des officines pharmaceutiques dans les communes rurales.

Les résultats du nouvel examen que je viens de faire de cette question concordent de tous points avec ceux qui sont consignés dans mon rapport. Je persiste donc à penser que le chiffre des pharmaciens inscrits sur les listes publiées par les Commissions médicales n'est pas assez considérable pour que l'on ait à craindre de les voir se multiplier dans les campagnes au delà des besoins; que les épreuves qui seront ajoutées à celles que subissent déjà les jeunes gens qui se destinent à l'exercice de cette profession, auront nécessairement pour effet de diminuer le nombre des officines ; que les hommes de l'art ne méconnaîtront jamais leurs intérêts au point d'aller se fixer dans les localités où ils sauraient avoir contre eux les médecins et les chirurgiens qui doivent les faire vivre, et, enfin, que pendant longtemps encore les praticiens qui usent de la faculté que les lois leur accordent, de fournir eux-mêmes les médicaments qu'ils prescrivent, restera ce qu'elle est aujourd'hui. Il importe d'ailleurs de remarquer que le nombre des pharmaciens ne s'accroît que d'une manière peu sensible.

Il résulte des éléments puisés dans les listes que publient annuellement les Commissions médicales provinciales, aux termes de l'article 25 de l'arrêté du 31 mai 1818 :

1° Qu'en vingt-cinq ans, le nombre des officines pharmaceutiques (celles des villes et des communes rurales réunies) ne s'est accru que de 337, ou moins de 14 par année.

2° Que le nombre des pharmacies rurales s'accroît tous les ans, comme je l'ai dit, dans les provinces de Hainaut, de Liége et de Namur, tandis qu'il est stationnaire ou même en décroissance dans d'autres provinces. L'accroissement qui a eu lieu dans la province de Brabant porte sur l'arrondissement de Nivelles, qui appartient aux provinces wallonnes par la langue, par les mœurs et par les usages de ses habitants.

Ce n'est pas sans intention, Messieurs, que j'ai consigné dans mon rapport un relevé des communes rurales de chaque province ayant de 3,000 à 10,000 habitants et au delà. C'est sans doute à ce relevé que nous devons les amendements que deux de nos

collègues proposent au premier article des conclusions de la Commission. J'aurais à regretter de n'avoir pas fait ressortir l'importance de ce relevé, s'il ne m'eût point été permis de le faire aujourd'hui. En étudiant ses éléments, et chacun de vous aurait pu le faire comme moi, Messieurs, on trouve que sur les 202 communes qu'il mentionne, il en est 157 où il n'existe aucun pharmacien, et que, sous ce rapport, les provinces wallonnes s'écartent encore des provinces flamandes, c'est-à-dire de celles où il semble qu'il est d'usage que les médecins et les chirurgiens des campagnes fournissent à leurs malades les remèdes qu'ils leur prescrivent. Le nombre des communes rurales d'une population inférieure à 3,000 âmes, où les médecins et les chirurgiens fournissent des médicaments, est de 258.

Vous avez lu, Messieurs, dans mon rapport, qu'il existe actuellement dans le royaume 659 officines rurales desservies par des médecins ou des chirurgiens. Je me suis assuré qu'un certain nombre de ces officines ont été ouvertes en contravention aux dispositions de la loi. Je n'en dirai pas davantage sur ce point. Je me permettrai seulement de faire observer qu'en indiquant à l'Académie la situation des officines dont je m'occupe en ce moment, la Commission de législation a eu uniquement en vue d'éclairer la question que vous êtes appelés à résoudre au point de vue de l'intérêt général. La Commission devait-elle ou non donner les mêmes indications quant aux officines rurales desservies par les pharmaciens ? Elle s'est abstenue de le faire, parce qu'il importe de ne point déplacer la question, et que le nombre de ces officines est d'ailleurs fort restreint dans les provinces d'où partent les demandes qui tendent au maintien du texte de l'article 11 de la loi du 12 mars 1818. Il m'eût, du reste, été facile de vous entretenir personnellement de ces officines, comme plusieurs d'entre vous peuvent le faire, car ceux qui m'ont suivi dans ma carrière savent que j'ai pratiqué la médecine pendant plusieurs années, et que j'ai été chargé d'inspecter des pharmacies longtemps avant d'obtenir les fonctions publiques que j'exerce aujourd'hui.

Vous comprendrez aisément, Messieurs, ainsi que la Commission l'a fait sentir dans son rapport, qu'on parviendra difficilement à amener les pharmaciens à s'établir dans les localités qui offrent peu de ressources, soit par leur isolement, soit par la difficulté des communications, soit par la pauvreté ou la rareté des populations. C'est en vue de ces circonstances que les dispositions des articles 27 de la loi de germinal an XI et 11 de celle du 12 mars 1818 ont été portées. Je reconnais la sagesse de ces

dispositions et tout le bien qu'elles ont produit; mais l'expérience prouve, à mon avis, qu'il faut, non les rapporter entièrement, cette pensée est loin de moi, mais les modifier de manière à concilier tous les intérêts. Ce qui était autrefois l'exception est en quelque sorte devenu la règle aujourd'hui. Il y a donc actuellement insuffisance dans la législation. Je reconnais, d'un autre côté, que les lois ne peuvent pas tout faire, et qu'il appartient au temps seul de changer les habitudes sociales.

La Commission, Messieurs, a tenu compte de ces considérations dans les dispositions qu'elle vous soumet. La première, qui tend uniquement à revenir à une disposition qui nous a régis pendant seize ans, contre laquelle on n'a, que je sache, élevé aucune plainte sérieuse jusqu'à ces dernières années, puisqu'elle est demandée par la plupart des corps médicaux que le Gouvernement a consultés sur la question, qui se lie d'ailleurs à une mesure importante que l'Académie a prise il y a deux ans, et dont le rappel a été omis, par mégarde, dans l'impression de mon rapport. J'entends parler ici de l'institution d'un service médico-rural. « Il est du devoir des Gouvernements, disais-je à la Commission de législation dans sa séance du 18 juillet dernier, de veiller à ce que les populations reçoivent tous les secours sanitaires dont elles ont besoin. A ce point de vue, la crainte qu'on peut avoir que le système de la Commission n'enlève aux populations des campagnes les ressources médicales qu'on leur doit, vient à tomber quand on considère, d'une part, qu'un arrêté du 2 avril 1829, qui a été mis à exécution dans plusieurs de nos provinces, oblige les administrations communales et provinciales à assurer partout des secours gratuits aux malades indigents, et que le Gouvernement a formellement exprimé l'intention de faire exécuter cette mesure et d'améliorer la condition hygiénique des populations rurales. »

J'aurais désiré, Messieurs, pouvoir mettre aujourd'hui sous vos yeux l'exposé de la législation étrangère sur la question dont l'Académie va s'occuper. Le temps m'a manqué pour le faire d'une manière convenable. Je me bornerai donc à vous dire que dans le Luxembourg neérlandais, dans la Hesse, en Prusse, en Bavière, et dans tous les États de l'Allemagne, il est de règle que les médecins et les chirurgiens ne peuvent préparer ni fournir de médicaments dans les communes où il y a une officine ouverte. Dans les localités qui ne sont point dans ce cas, les praticiens ont la faculté de délivrer les préparations médicinales dites de premiers secours, dans un rayon déterminé. Ce système est celui qui a prévalu devant la Commission que notre Gouvernement

avait créée en 1834 pour la révision de la législation médicale. Vous savez également, Messieurs, comme je l'ai dit dans mon rapport, que c'est ce même système que le congrès médical de France a adopté dans ses délibérations du mois de novembre dernier.

J'appelle, Messieurs, votre attention sur tous ces faits qui se lient au rapport qui va faire l'objet de votre examen.

— M. Broeckx : Le commerce des pharmaciens, dit le rapport, est aujourd'hui paralysé par la vente que font les médecins, des médicaments qu'ils emploient. J'avoue, Messieurs, que ce débit est préjudiciable aux intérêts des pharmaciens ; nous sommes tous d'accord sur ce point. Mais les pharmaciens, avant de subir leurs examens, ont dû être informés que le législateur, dans l'art. 11 de la loi du 12 mars 1818, avait formellement *permis* cette vente aux médecins des campagnes. En entrant dans la carrière, ils ont accepté les conditions que la loi leur imposait. S'ils ont à se plaindre de ses dispositions, ce n'est pas à elle mais à eux-mêmes qu'ils doivent s'en prendre, puisqu'elle ne les a pas forcés d'embrasser la profession de pharmacien.

Le rapport dit encore que les médecins et les chirurgiens qui préparent et vendent des médicaments ne peuvent remplir exactement les devoirs qui leur sont imposés par la loi, et qu'ils compromettent la dignité de l'art, en ce qu'ils peuvent laisser croire à leurs malades qu'ils les entraînent dans des dépenses exagérées, qui doivent tourner à leur profit, et que les formules qu'ils prescrivent ne sont pas celles qu'ils ont exécutées. C'est là une accusation gratuite. Pourquoi le médecin de campagne ne remplirait-il pas tout aussi bien ses devoirs que le pharmacien ?

L'avis de la Faculté de médecine de l'Université de Liége m'a paru contraire aux intérêts de cette institution. En effet, cette Faculté ne permet aux médecins de fournir des médicaments à leurs malades que dans les campagnes qui n'ont pas de pharmacies dans un rayon de deux lieues. En demandant à restreindre ainsi le nombre des localités où les médecins peuvent vendre des médicaments, n'est-ce pas pousser directement à la diminution du nombre des élèves ? Nest-ce pas demander en quelque sorte la suppression de l'École ?

Que dirai-je du témoignage des Commissions médicales, et spécialement de celle de la province de Namur ? qu'elles ont manqué elles-mêmes à leurs devoirs en ne punissant pas les praticiens qui abusaient de la faculté que leur confère la loi du 12 mars 1818, et en négligeant de faire réprimer les délits qu'elles signalent et qu'elles font peser injustement sur la généralité.

On a crié bien haut qu'on avait trouvé des médicaments gâtés dans les officines des médecins. Je ne le conteste pas. A qui faut-il, dans plusieurs cas, en attribuer la faute? Je n'hésite pas à l'attribuer au règne du système exclusif de Broussais.

Nous arrivons maintenant au point culminant de la question, sur lequel M. le rapporteur nous paraît avoir glissé. Deux questions ont été agitées dans nos réunions : 1° Défendra-t-on dorénavant le débit des médicaments par les médecins des campagnes? 2° Cette défense aura-t-elle un effet rétroactif? La première a été décidée affirmativement par sept voix contre une.

La commission repousse l'interdiction absolue faite aux médecins et aux chirurgiens des campagnes, de vendre des médicaments, parce qu'il importe que les populations reçoivent tous les secours sanitaires dont elles ont besoin, et qu'il est impossible, quoi qu'on fasse, de doter immédiatement les campagnes d'un nombre d'officines suffisant. Dans la phrase qui suit immédiatement, la Commission finit par proposer cette même interdiction. Voici ses termes : « *Le système en faveur duquel la majorité de la Commission s'est prononcée tend à amener ce dernier état de choses.* » Pourquoi cette contradiction manifeste? La Commission aurait-elle craint de ne pouvoir rallier une majorité imposante en admettant ouvertement l'opinion de personnes incompétentes dans la question? Nous l'ignorons.

Quel est le meilleur moyen d'assurer aux populations rurales les soins médicaux sans léser aucun intérêt? Pour atteindre ce but nous posons les bases suivantes : 1° Limitation du nombre des pharmaciens et leur réduction par décès. Première base que réclament les intérêts de l'humanité et la considération de l'honorable profession de pharmacien.

2° Permettre aux praticiens des campagnes de continuer à livrer des médicaments à leurs malades, excepté dans les communes à désigner par l'Académie royale de médecine, après avoir pris l'avis préalable des Commissions médicales provinciales.

En admettant ma première base, la seconde en découle naturellement. On aurait ainsi un médecin et un pharmacien partout où leur existence serait possible. N'admettez donc pas des pharmaciens de campagne, sans que leur existence et celle du médecin soient suffisamment assurées. Le médecin seul pourra ainsi fournir ses médicaments partout où deux personnes ne pourraient pas trouver une honnête aisance. Je donne la préférence au médecin, parce qu'il est plus indispensable que le pharmacien, parce que le pharmacien ne peut rien sans la présence du premier.

Il faudrait encore qu'on exigeât des pharmaciens une instruction solide et qu'on les soumît à des examens sévères, conformément au projet de loi élaboré par votre Compagnie. Je voudrais, en outre, qu'on fît défense à toute personne étrangère à l'art de guérir de vendre des substances médicamenteuses et qu'on destituât le pharmacien qui s'avilirait au point de vendre ou d'annoncer des remèdes secrets.

Je voudrais que dans la désignation des résidences des pharmaciens, l'Académie et les Commissions médicales provinciales eussent égard non-seulement à la population, mais surtout à l'agglomération, au degré de civilisation, au commerce et à l'aisance des habitants, en respectant toutefois tous les droits acquis.

En adoptant mes propositions, on assurerait à plusieurs pharmaciens une honnête existence dans quelques gros bourgs.

En adoptant, au contraire, les conclusions de la majorité de la Commission, l'Académie commettrait un triple acte de lèse-humanité, de lèse-dignité de l'art et de lèse-justice.

Les articles 11 et 12 de la loi du 12 mars 1818 autorisent les docteurs en médecine à exercer cumulativement la médecine et la pharmacie, en leur permettant de fournir des médicaments à leurs malades au *plat pays* et dans les villes qui lui sont assimilées.

Cette disposition donne un droit acquis aux médecins établis à la campagne ou dans les villes assimilées au *plat pays*. Ce droit acquis, consacré par la loi, constitue une propriété qu'on ne peut enlever à ceux qui en ont la possession sans commettre une injustice et sans violer le principe de la non-rétroactivité des lois. Ce principe est généralement admis comme une règle fondamentale du droit positif.

Telles sont, Messieurs, les opinions que j'ai défendues dans le sein de la Commission et dont j'ai demandé l'insertion dans le rapport. Depuis, j'ai relu la loi du 12 mars 1818, contre laquelle on s'est tant récrié, et cette lecture m'a convaincu que son exécution franche et loyale remédierait à tous les inconvénients, et qu'elle est supérieure aux propositions de la majorité de votre Commission.

— M. Pasquier : Pour corroborer ce qui a été dit par l'honorable M. Sauveur, je ferai remarquer que la loi de germinal an XI ne permet la vente des médicaments aux médecins que là où il n'existe aucune pharmacie, les tribunaux ayant décidé que là où il en existe une seule, les médecins ne peuvent pas vendre des médicaments. Je citerai à cet égard ce qui s'est passé

à Châteauneuf en 1828. Il y avait là deux officiers de santé qui pratiquaient depuis plusieurs années ; un pharmacien est venu s'y établir, et aussitôt les tribunaux ont décidé que les médecins devaient cesser la vente des médicaments, non-seulement dans la localité même où la pharmacie venait d'être établie, mais encore dans les localités environnantes.

Je ferai observer, d'un autre côté, à l'honorable M. Broeckx, que la loi *n'autorise* pas les chirurgiens à vendre des médicaments ; elle dit seulement qu'ils subiront un examen devant la Commission médicale, afin de faire constater s'ils ont les capacités nécessaires *pour qu'on puisse leur permettre* de vendre des médicaments. Il faudrait même un arrêté royal pour leur accorder cette permission, car la loi emploie le mot *nous*, je pense, pour désigner l'autorité par laquelle la permission pourra être accordée.

Messieurs, l'histoire de notre législation pharmaceutique prouve que, dans le cas présent, les *droits acquis* ne peuvent être invoqués qu'en faveur des pharmaciens. En effet, si on remonte à l'époque de l'établissement légal des pharmacies en Belgique, on ne tarde pas à se convaincre que tous les Gouvernements qui se sont succédé ont constamment cherché à assurer aux pharmaciens le monopole de la vente des médicaments.

Dans le xve siècle, les officines des pharmaciens étaient déjà, dans la plupart de nos villes, soumises à la visite, et elles ont continué de l'être depuis lors.

En 1540 (8 octobre), l'empereur Charles-Quint défend d'ouvrir une officine, à Bruxelles, à *tous ceux qui n'ont pas appris l'art pharmaceutique dans une pharmacie bonne et renommée.*

En 1641 (12 novembre), les magistrats de Bruxelles interdisent la vente de tout médicament composé *à quiconque n'est pas pharmacien.*

En 1660 (13 avril), les mêmes magistrats défendent à tout médecin de vendre par eux-mêmes, ou par d'autres, *aucune drogue, aucun remède ou médicament, soit à des malades, soit à des personnes qui ne le sont pas, sous peine d'une amende de douze florins du Rhin pour la première fois, du double pour la seconde,* etc.

En 1683 (18 novembre), l'empereur Charles II défend *à tout médecin de vendre des médicaments, sous peine d'une amende de vingt-cinq florins pour chaque contravention.*

En 1699 (31 mars), l'évêque et prince de Liége (Joseph-Clément) fait la même défense, *ainsi qu'aux chirurgiens, sous peine de dix florins d'or.*

En 1732 (19 août), l'archiduchesse Marie-Elisabeth, gouver-

nante des Pays-Bas autrichiens, publie un placard renfermant les mêmes prohibitions.

On retrouve encore la défense de vendre des médicaments, faite à quiconque *n'est pas pharmacien*, dans les ordonnances portées en 1727 (13 février) par les magistrats de Bruxelles, en 1741 (24 mai) par ceux de Malines, en 1786 (7 mars) par ceux d'Anvers, et le 23 ventôse an IV, par l'Administration municipale du canton de Louvain.

Enfin, des prohibitions à peu près semblables se rencontrent dans les ordonnances des magistrats de Bruges, publiées en 1582, en 1603 (9 août), en 1632 et en 1762 (18 février); dans celles des magistrats de Gand, de 1663 (11 septembre), d'Anvers, de 1660 (6 juin), de Malines, de 1741 (24 mai), etc.

Il est vrai que, dans certains cas, quelques-unes de ces ordonnances font de légères exceptions en faveur du médecin ou du chirurgien, en leur permettant, par exemple, de traiter *les maladies vénériennes* ou de donner des *spécifiques*. Mais la règle générale, il faut bien le reconnaître, est la vente exclusive des médicaments par les pharmaciens; c'était leur droit, un *droit acquis*, qui a été respecté même aux époques les plus critiques, ainsi que le prouvent les ordonnances des magistrats de Bruges du 11 août 1625 et de 1666, portées à l'occasion de l'invasion de la peste dans cette ville (1).

Précurseur de la loi du 21 germinal an XI, un arrêté du préfet de l'Escaut, du 21 nivôse an X, défendit la vente des médicaments dans les localités où il y avait un pharmacien.

Nous voici arrivés, Messieurs, à la loi du 12 mars 1818, dont je me propose de vous entretenir également.

Et maintenant, s'il est vrai, comme on l'assure (ce que je conteste), que, sans égard pour un *droit acquis* de plusieurs siècles, le législateur ait retiré aux pharmaciens la vente exclusive des médicaments, je vous le demande, Messieurs, devons-nous reculer lorsqu'il s'agit de quelques simulacres d'officines qui ont à peine vingt années d'existence, et cela en vertu d'une exception faite à la loi, et alors qu'il s'agit des intérêts de la science et de l'humanité !

On parle de *droits acquis*, en se fondant sur quelques articles de la loi du 12 mars 1818; mais veuillez peser, Messieurs, les termes dont se sert la loi qu'on invoque. Dans son article 11, elle dit, pour les docteurs en médecine : « *Ils n'auront pas la « faculté.... d'exercer la pharmacie cumulativement avec la méde-*

(1) *Notice historique sur la Société médico-chirurgicale de Bruges*, par le docteur de Meyer, page 55.

« *cine,... il leur sera néanmoins* PERMIS *de* FOURNIR *des médica-*
« *ments à leurs malades au plat pays;....* » et dans son article 7, qui concerne les chirurgiens qui voudront s'établir à la campagne : « *Ils devront subir un examen... sur la pharmacie,* AFIN « DE POUVOIR LEUR PERMETTRE *de* FOURNIR *des médicaments...* »

Vous le voyez, Messieurs, ce n'est là qu'une simple permission, toute exceptionnelle, accordée, il est vrai, aux premiers *lorsqu'ils sont au plat pays*, mais éventuelle et *qu'on se réserve d'accorder* aux seconds. Ce n'est pas un droit définitif et absolu, *mais une tolérance dans certains cas*, une concession temporaire et révocable à la volonté du législateur, enfin une dérogation à la règle générale qui proscrit formellement le cumul, et qui veut que la vente des médicaments appartienne aux pharmaciens.

Je ferai plus, et comme personne jusqu'ici n'a exprimé l'opinion que je vais émettre, je fais des vœux pour qu'elle attire sérieusement l'attention des autorités chargées de veiller à l'exécution de nos lois. Il est certain que celles des dispositions de la loi du 21 germinal an XI qui n'ont pas été formellement abrogées par la loi du 12 mars 1818, sont demeurées en vigueur chez nous. Eh bien! selon moi, la loi du 12 mars n'a pas anéanti la condition imposée par la loi du 12 germinal aux praticiens de campagne, pour pouvoir fournir des médicaments à leurs malades; et cette condition, *c'est qu'il n'y ait pas de pharmaciens ayant officine ouverte dans la localité où ils sont fixés*. De sorte que ces praticiens qui vendent aujourd'hui des médicaments là où il se trouve établi un pharmacien, n'en auraient pas le droit.

Ainsi s'expliqueraient les exceptions que le législateur a introduites dans la loi du 12 mars, en respectant les *droits acquis* des pharmaciens, et nous aurions à louer sa haute sagesse d'avoir compris, dès 1818, ce qui convient encore à peu près à notre pays en 1846.

Messieurs, il est bon de ne pas perdre de vue que le médecin qui délivre des médicaments échappe au contrôle que tous les législateurs, dans l'intérêt et pour la garantie du malade, ont voulu faire exercer par celui qui formule sur celui qui est chargé de l'exécution et de la vente, et réciproquement, parce qu'il ne serait pas impossible qu'il se commît des erreurs, des abus même, si la prescription, la préparation et la fourniture des médicaments se faisaient par une seule et même personne. Il y a un avantage réel pour la société à ce que ces droits soient séparés. En effet, que par une erreur involontaire ou dans des vues criminelles, le médecin vienne à donner un poison à son patient, que deviendront les preuves pour la justice, s'il reste en possession de sa

recette et maître de l'anéantir ? Quand la prescription est entre les mains du pharmacien, l'erreur ou le crime peuvent toujours être constatés.

Il importe aussi que les prix des substances délivrées puissent être vérifiés dans certains cas. Ecoutez ce que dit sur ce point le chef du bureau de la police médicale de la préfecture de police de Paris : « Pour le pharmacien, on peut au moins contrôler le « prix de ses fournitures, car il doit conserver ses ordonnances « pendant dix ans, tandis que chez le médecin on ne sait pas ce « qu'il a fourni. »

Le médecin tenant officine pourrait encore échapper à la surveillance des Commissions médicales, par la raison que, s'il a la faculté de vendre des médicaments, il n'y est pas obligé, et qu'il ne serait pas impossible qu'il s'en trouvât qui profitassent de cette faculté, sans en informer jamais la Commission médicale, qui perdrait ainsi son contrôle. Et lors de l'arrivée des membres de cette Commission, n'y aurait-il pas aussi moyen de se faire dire absent, afin d'échapper à la visite ? Et qu'aurait-elle à dire si, en l'absence du médecin, elle trouvait la porte de l'officine fermée ? Il lui est bien permis d'en garder la clef dans sa poche ; il le doit même, si je ne me trompe.

Messieurs, je regrette vivement de ne pouvoir vous rappeler ici un à un les divers arguments qui ont été produits en faveur du pharmacien (relativement à la vente des médicaments) par les auteurs des trois ouvrages remarquables qui ont été adressés à chacun de vous. Je souhaite qu'ils soient en ce moment présents à votre mémoire, car je suis plein de confiance dans votre équité et votre sagesse.

Un médecin, Messieurs, ne doit pas plus faire de la pharmacie qu'un pharmacien ne doit faire de la médecine. Chacun doit rester dans les limites de ses attributions, et, comme le dit le célèbre Fourcroy, *ne faire que ce qu'il sait faire, dans des professions qui intéressent la santé et la vie.*

La pharmacie, aujourd'hui, semble être une proie dont chacun veut avoir une part. Docteurs en médecine, officiers de santé, chirurgiens, vétérinaires, hospices (sans compter les droguistes, les dentistes, les fabricants d'eaux minérales et de produits chimiques), chacun veut prendre ce qui est à sa convenance.

Que diriez-vous donc, Messieurs, si des personnes étrangères à votre profession, et sous le prétexte qu'elles n'ont pas de quoi vivre, venaient vous demander de pouvoir la morceler, de façon à ne vous en laisser que quelques débris, avec toutes les charges et tous les inconvénients ? « L'exercice cumulatif des diverses

« branches de l'art médical a caractérisé l'enfance de l'art, ou « les temps d'ignorance et de barbarie, tandis que la séparation « de la pharmacie d'avec la médecine a toujours été le résultat « du progrès des sciences et de la civilisation. »

Il vous faudra donc des raisons bien puissantes, Messieurs, pour que vous ne cherchiez pas, par tous les moyens qui sont en votre pouvoir, à proscrire le cumul de la médecine et de la pharmacie.

— M. François : Pouvons-nous mieux faire, nous qui sommes chargés de présenter un projet de loi relatif à la vente des médicaments en Belgique, pouvons-nous mieux faire que d'adopter les articles de la loi du 12 mars 1818 qui régissent ce sujet, et spécialement l'article 11, puisqu'ils paraissent remplir les conditions d'utilité publique, but unique de toute bonne loi ?... Mais, Messieurs, les remplissent-ils, en effet, ces conditions ? Partout ailleurs qu'en Belgique, j'hésiterais peut-être ; mais, chez nous, les accepter est un devoir, et vous savez pourquoi, Messieurs, comme je le sais moi-même : c'est que depuis peu de temps, comme il n'est plus possible de l'ignorer, les habitants, dans plusieurs de nos provinces, obéissant à d'anciennes traditions, à une coutume établie de temps immémorial, payent seulement au médecin le médicament qu'il leur délivre, et non les conseils qu'il leur donne, dussent ceux-ci leur rendre la santé et la vie... Tel est le véritable état des choses, et je le considère comme anormal et déplorable ; mais enfin il est accepté par plus d'un million de Belges, et, dès lors, il doit être respecté. Ne pas le faire serait imprudent, et conduirait, comme je l'ai déjà dit, aux plus graves abus, outre qu'il enlèverait tout moyen d'existence à une foule d'hommes et de familles honorables ; et c'est ce qu'une législation sage doit tâcher de prévenir.

Le maintien de l'art. 11 pare à tous ces inconvénients, et les médecins des campagnes sont de cet avis, puisqu'ils l'invoquent sans cesse en leur faveur. Mais, Messieurs, quelle est la partie du dernier paragraphe de cet article : « Il leur sera néanmoins per- « mis de fournir les médicaments à leurs malades au plat pays « et dans les villes qui y sont par Nous assimilées ? » Signifie-t-elle que les pharmaciens seront exclus de ces localités, ce qui aurait lieu de fait si les médecins étaient autorisés, malgré la présence des pharmaciens, à y délivrer des remèdes ? Nous avons déjà vu que ce paragraphe est une dérogation à loi qui veut des médecins et des pharmaciens, et qui leur garantit la jouissance de leurs droits respectifs. La loi entend donc que l'établissement d'un pharmacien dans une commune enlève au médecin la per-

mission de fournir des médicaments, qui lui avait été donnée dans un but d'utilité publique; sans cela, elle eût défait d'un côté ce qu'elle a fait de l'autre, puisque le premier paragraphe de l'art. 11 dit formellement : « Les docteurs en médecine n'au-« ront pas la faculté, en vertu de leur diplôme, d'exercer la « pharmacie cumulativement avec la médecine. » C'est la raison d'utilité publique qui a fait admettre la clause exceptionnelle, comme je l'ai dit plusieurs fois. Notez bien qu'en principe, en droit, ce fameux article ne peut pas recevoir une autre interprétation.

Mais, Messieurs, est-il donc vrai que l'établissement d'un pharmacien dans une commune dépouille le médecin qui y est fixé du droit que lui confère l'art. 11? Je ne le pense pas : en effet, l'art. 5 de l'Instruction pour les chirurgiens de campagne, faisant suite à la loi du 12 mars et à l'arrêté royal du 31 mai 1818, dit expressément : « Lorsque le chirurgien s'établira « dans une commune où plusieurs pharmaciens se seront déjà « établis, il ne lui sera pas permis de fournir des médicaments. »

Cela ne comprend-il pas que l'établissement de deux pharmacies dans la commune où il est lui-même établi le prive de la permission de distribuer des remèdes à ses malades? Evidemment, oui; car sans cela l'art. 5 en question serait un non-sens.... Il est juste que l'autorisation cesse avec le motif qui l'avait fait accorder. Et pourquoi deux ou plusieurs pharmaciens, et non un seul? 1° parce que le législateur ayant en vue d'assurer les secours de la médecine aux populations des communes rurales petites ou grandes, et bien convaincu que ces secours leur manqueraient par le fait de la présence d'*un* pharmacien, si celui-ci privait le médecin du droit de fournir des remèdes, le législateur, dis-je, a pensé qu'en portant à deux le nombre de pharmaciens nécessaires pour amener cette privation, celle-ci ne pourrait guère avoir lieu que dans des communes déjà assez populeuses, capables, en un mot, d'entretenir deux pharmaciens, et, par suite, de procurer aussi à un médecin des moyens d'existence, en l'absence de la fourniture des médicaments; 2° parce qu'une seule pharmacie ne donne pas assez de garantie ni au public ni au médecin. La bonne intelligence du médecin et du pharmacien est une nécessité; sans elle, en effet, pas de confiance, partant pas d'officine de pharmacie dans la commune, puisque le médecin la délaissera. Avec deux pharmacies, on ôte tout prétexte au mauvais vouloir, à la malveillance, aux soupçons...

Messieurs, je vous le demande : pourquoi la sage mesure prise à l'égard des chirurgiens de campagne ne s'appliquerait-elle pas

aux docteurs en médecine? Telle était, sans doute, la pensée de son auteur, et je propose de l'introduire dans notre législation actuelle. Cette mesure conférerait de fait pour toujours aux docteurs en médecine fixés dans les communes rurales peu populeuses, la facilité de délivrer des médicaments; car on ne peut admettre que deux pharmaciens veuillent se ruiner pour nuire à un médecin, en s'établissant près de lui dans une commune pauvre et de peu d'étendue. D'autre part, le respect des droits acquis, lequel ne peut faire, selon moi, un objet de contestation, conservant au médecin une position prise, garantira son présent et son avenir, et lui permettra de continuer à pratiquer parmi ces populations des provinces du nord de la Belgique, dont le service sanitaire sera ainsi à l'abri de toute atteinte pendant près d'un demi-siècle, laps de temps bien suffisant pour que l'usage abusif établi chez elles tombe en désuétude, et pour qu'elles puissent ainsi rentrer sous l'action de la loi commune.

Mais, dira-t-on, les jeunes gens qui ont commencé leurs études médicales avec la perspective de jouir bientôt du bénéfice de l'art. 11 de la loi du 12 mars au même titre que leurs devanciers, ces jeunes gens vont être frustrés dans leur attente..... Qu'ils se rassurent : la loi projetée est loin d'être rédigée définitivement, plus loin encore d'être présentée aux chambres ; et d'ailleurs rien ne s'oppose à ce qu'on y insère une clause qui proroge à six ans son exécution, en ce qui concerne la vente des médicaments.

Je me résume, et je propose de conserver l'art. 11 en y ajoutant : « Alors que deux pharmaciens ne sont pas établis ou ne « viennent pas s'établir dans la commune où résident les doc- « teurs en médecine, les officiers de santé et les chirurgiens « jouiront des mêmes droits que les docteurs en médecine. »

Par là vous respectez la loi, qui reconnaît des pharmaciens et leur garantit des droits ; vous mettez l'art. 11 d'accord avec cette loi ; enfin, vous rendez possible, à la longue, une réforme dans la coutume de nos provinces septentrionales.

Je propose, en second lieu, le maintien des droits acquis, et, au besoin, l'exécution de la loi relative à la vente des médicaments, six années seulement après sa promulgation.

M. Fallot : J'ignore, Messieurs, par quel étrange renversement d'idées, par quelle violation des principes les plus communs de justice, on a voulu établir ici entre les médecins des campagnes et les médecins des villes des distinctions hiérarchiques que je ne reconnais pas. Possesseurs des mêmes titres, s'il y a de la différence entre ces médecins, ce ne peut être que sous

le rapport du savoir, de l'expérience, des talents ; et certainement les médecins de campagne ne doivent rien sous ce rapport à ceux qui vivent dans l'enceinte de villes. Je ne sais quelle est cette singulière hiérarchie qu'on a voulu fonder, dans laquelle les praticiens des communes rurales n'occuperaient que le second rang.

Messieurs, j'ai dit que mon intention était de relever la question à sa véritable hauteur, de lui restituer son véritable caractère, d'en faire non plus une question de personnes (questions toujours irritantes et souvent odieuses), mais d'en faire une question de principes. Je vais poser le principe, tel que je le conçois, d'une manière nette, claire et précise, et je prie tous mes collègues, dont je connais la bonne foi, de vouloir examiner ce principe, et, s'ils le trouvent juste, d'en adopter avec moi les conséquences, quelles qu'elles puissent être.

La question se pose naturellement de la manière suivante :

Est-il bon qu'un médecin fournisse les médicaments à ses malades ? Quand je dis bon, ce n'est pas pour lui, bien entendu ; est-ce bon pour le public ?

Je réponds à cela par la négative, et on a beau se mettre en grands frais d'éloquence, il est impossible de sortir de là, de nier que toute position dans laquelle on est incessamment placé entre sa conscience et ses intérêts est une mauvaise position.

Si la question avait porté tout d'abord sur le principe, tel que je viens de le poser, je crois qu'elle aurait pu se terminer de la manière la plus paisible, et sans toutes ces observations irritantes dont elle est venue se compliquer.

L'honorable membre qui a parlé le premier dans la question, qu'il a certainement traitée avec beaucoup de talent et de conviction, m'a prêté un langage assez ridicule, mais que je n'ai pas tenu dans le sein de la Commission de législation. Je n'ai pas dit, tant s'en faut, qu'il fallait établir un pharmacien dans chaque village où un médecin était fixé, attendu que le pharmacien devait suivre le médecin comme son ombre, mais bien que dans notre province, chaque fois qu'un médecin allait s'établir dans un village, plus vite encore venait se placer un pharmacien à côté de lui ; que, dans notre province, le pharmacien suivait le médecin comme l'ombre suit le corps.

J'ai fait faire, à tout hasard, Messieurs, avant de quitter la ville que j'habite, le relevé du nombre des pharmaciens et des médecins qui existaient en 1821 et en 1845, au plat pays, dans la province de Namur, et j'ai trouvé qu'en 1821 il s'y trouvait 24 médecins exerçant dans les communes rurales et 26 phar-

maciens, tandis qu'actuellement il y a, exerçant dans celles-ci, 56 médecins dont 6 fournissent des médicaments, et 59 pharmaciens. Vous voyez que la proportion est bien telle que je l'avais donnée. Je parlais alors de mémoire ; mais les chiffres ont parfaitement confirmé ce que j'avais avancé.

On a reproché d'une manière extrêmement amère aux Commissions médicales de ne pas faire leur devoir. On a insinué que partout où il y avait des médicaments gâtés, il fallait incontinent dresser procès-verbal et attirer sur les délinquants la vindicte des lois. M. Pasquier a donné comme conjecture, que l'inspection des approvisionnements des médecins pourrait, dans quelques cas, demeurer illusoire, parce que , a-t-il dit, un médecin pourrait très-bien ne pas déclarer qu'il tient des médicaments, et que, par conséquent , la Commission médicale ne se rendrait pas chez lui. Cette hypothèse de M. Pasquier a excité quelques clameurs sur les bancs opposés, et cependant c'est encore l'expression rigoureuse d'un fait.

Messieurs, la Commission médicale de Namur est peut-être la première du royaume qui ait demandé la limitation du nombre des pharmaciens. C'est en 1819 ou 1820 qu'elle en a fait la proposition, et, chose remarquable, en l'appuyant précisément sur l'exemple qui nous a été cité il y a un moment : celui des notaires ; elle demandait pourquoi la loi ne ferait pas pour la santé des citoyens ce qu'elle avait fait pour leur fortune. Il lui fut répondu que la mesure serait inconstitutionnelle. On considérait l'exercice de l'art pharmaceutique comme un commerce , et l'on partait de ce principe , que dans tout commerce la loi maintient la concurrence. Voilà, Messieurs, le motif qui a fait écarter alors la proposition tendant à ce que le nombre des pharmaciens fût limité.

Je me bornerai pour le moment à ces observations. Je le répète : je considère la question de principe comme nettement posée, et , quant à moi, je la résous dans ce sens, qu'il n'est pas bon que les médecins fournissent des médicaments à leurs malades. De là je tire cette conséquence : qu'il faut restreindre cette faculté autant que possible ; on ne peut la supprimer entièrement, car la nécessité fait loi, et il peut se présenter tel cas où un médecin de campagne n'aurait pas une pharmacie à sa portée ; or, si alors il n'était pas autorisé à fournir des médicaments, ses malades pourraient se trouver dépourvus d'assistance pharmaceutique. La loi de germinal an XI me semble avoir satisfait aux différents besoins, autant qu'il est possible de le faire, et concilié tous les intérêts, en permettant aux officiers de santé établis dans des

communes où il n'y a pas de pharmaciens, de livrer des médicaments à leurs malades, mais sans pouvoir tenir officine ouverte. C'est une concession faite à la nécessité devant laquelle fléchit tout principe. Dans la discussion des articles, j'expliquerai, s'il y a lieu, les motifs qui me feront rejeter toute proposition ayant pour objet de restreindre cette difficulté à une circonscription territoriale quelconque. Je dirai dès à présent que pour ne pas donner lieu aux plus choquantes disparates, les circonscriptions devraient être différentes non-seulement suivant les diverses provinces, mais même selon les divers arrondissements.

Je crois, je le répète, Messieurs, que la législation de germinal an XI sur la vente des médicaments par les médecins, est suffisante pour les besoins de notre pays, et c'est pourquoi je propose à l'Académie d'en demander le rétablissement.

— M. De Hemptinne : Messieurs, dans un *discours adressé à l'Académie*, qui vient de nous être distribué, il est dit : « Ce n'est ni pour le médecin ni pour le pharmacien que la médecine a été inventée, mais bien pour les malades. »

Comme c'est aussi sous ce point de vue que je me propose d'examiner la question qui nous occupe, je me suis empressé de chercher dans ce discours, disons plutôt dans ce plaidoyer, quels étaient les avantages que la société devait retirer du cumul de la pharmacie par le médecin. Mais j'ai cherché en vain, je ne les ai pas trouvés. L'auteur s'est borné à nous répéter avec exagération, comme tous les partisans outrés du cumul, que les praticiens ne peuvent exister dans les communes rurales sans le bénéfice qu'ils obtiennent de la vente des médicaments, et qu'en leur enlevant cette ressource, on priverait les habitants des campagnes des secours de l'art.

Sans doute, si l'établissement ou le séjour des pharmaciens dans les communes rurales devait avoir pour résultat de priver ces populations de médecins, tout le monde sentirait la nécessité de supprimer les officines des pharmaciens ; mais avant de nous occuper spécialement de cet objet, examinons si ce que l'on avance est bien fondé, c'est-à-dire si le médecin ne peut pas subsister honorablement à la campagne sans ce cumul.

On pourrait combattre cet argument en démontrant ce qui se passe dans plusieurs de nos provinces, où les honoraires des médecins de campagne leur suffisent pour y vivre dans l'aisance. Mais je ne me servirai pas de ces faits ; j'aurai recours à des chiffres pour établir que le bénéfice résultant de la fourniture des médicaments est trop peu important pour former une ressource indispensable à leur existence. Je m'explique : le gain que le

pharmacien obtient d'une prescription médicamenteuse atteint, au *maximum*, la moitié du prix que le médecin demande pour une visite ordinaire. D'après cette évaluation, celui-ci, en prenant la place du pharmacien, augmenterait son revenu d'un tiers; mais il est bien loin d'en être ainsi. Je ferai d'abord observer que le médecin de campagne fait, en général, autant et même plus de visites dans les communes environnantes que dans le lieu de sa résidence ; et comme il est certain que les visites *extra pagum* se payent dans le rapport de trois à un, c'est-à-dire qu'il obtient alors trois francs par visite, il en résulte que le gain sur les médicaments ne variant pas, la ressource qui lui est procurée par le cumul de la pharmacie se trouve réduite à un septième.

Nous ne sommes pas au bout de ce calcul. Vous savez tous, Messieurs, que les médecins ne font pas une prescription médicamenteuse à chaque visite. Me rapportant à ce qui m'a été dit par plusieurs médecins en dehors de l'Académie, et à ce qui m'a été confirmé par deux de nos honorables collègues qui exercent avec distinction la médecine à la campagne, j'ai conclu qu'il se faisait environ une prescription médicamenteuse par six visites.

Il s'ensuit que le bénéfice de $^1/_7$ pour les visites à faire *intra pagum* se réduit à $^1/_{13}$, et pour les visites *extra*, à $^1/_{37}$. Voilà, Messieurs, la grande réforme d'où dépend, comme on nous l'a dit, la vie ou la mort du médecin de campagne !

J'ai laissé en dehors de mon calcul ce que l'on pourrait appeler le *casuel* du médecin, et qui se compose des visites de nuit, des visites appointées, des avis écrits, des consultations et des conférences, des grandes et des petites opérations chirurgicales, des accouchements, etc., où le bénéfice de la fourniture des médicaments est réduit à rien. Appréciant, Messieurs, toute la dignité de l'Académie, je ne suis entré qu'avec répugnance dans ces détails de lucre et de bénéfices ; mais je ne pouvais m'en dispenser : j'étais forcé de suivre les partisans du cumul sur le terrain qu'ils m'offraient.

Il me reste, Messieurs, quelque chose de plus pénible à aborder. Il a été avancé, pour soutenir la nécessité du cumul, que les campagnards ne peuvent apprécier qu'une visite mérite un salaire, mais qu'ils comprennent fort bien qu'une bouteille doit être payée, parce qu'on leur donne un objet matériel.

Je repousse cette allégation pour l'honneur des campagnards qui ne manquent pas plus de jugement que les citadins. Je la repousse pour l'honneur du corps médical, parce qu'elle ferait supposer que le médecin n'a pas la conscience de sa valeur et de sa dignité, en faisant ou en laissant croire que ses peines, ses

soins et sa science ne méritent pas d'être rémunérés, et qu'il se borne au bénéfice du pharmacien.

Enfin, je repousse cette allégation, parce qu'elle permettrait de faire au médecin le reproche qu'il demande le cumul, non comme une ressource réelle de revenu, mais comme un moyen détourné de faire payer honteusement ses honoraires, en les cachant dans les prix des préparations médicamenteuses.

Sans doute, Messieurs, le cumul peut être quelquefois nécessaire et par conséquent utile ; mais on ne devrait le permettre que lorsque la nécessité en est bien reconnue. Car il est incontestable que le service médical sera mieûx fait par un médecin et un pharmacien, tenant chacun une spécialité, que par une seule personne.

En effet, le médecin qui ne doit pas employer son temps à la préparation des médicaments peut donner plus de soins à ses malades, observer plus attentivement le cours de la maladie, s'adonner davantage à l'étude, suivre pas à pas les progrès de la science, et devenir par conséquent meilleur praticien.

J'ajouterai que le médecin-pharmacien n'est pas, en général, aussi disposé que le médecin libre à visiter les malades à domicile ; qu'il cherche autant qu'il le peut à faire venir les malades chez lui, et que ces déplacements peuvent donner lieu à de graves inconvénients pour ceux-ci.

Examinons maintenant le cumul pour la promptitude des secours. Je suppose que le médecin cumulant, en rentrant de sa course de campagne, doive préparer une dixaine d'ordonnances pour les malades qu'il a visités, et qu'on vienne le réclamer, dans ce moment, d'un village éloigné, pour un cas grave et pressant. Dans cette circonstance que fera-t-il ? Le médecin qui ne cumule pas montera de suite à cheval et volera au secours du malade ; mais, je le demande une seconde fois, que fera le médecin-pharmacien entouré chez lui de plusieurs personnes qui attendent impatiemment les médicaments destinés à leurs malades ? Que fera-t-il encore lorsqu'il se trouvera chez un malade ou une femme en travail qu'il ne pourra abandonner, et qui dans ce moment aura besoin de médicaments ? Qu'arrivera-t-il lorsqu'un patient, éloigné de sa résidence, devra être visité une seconde fois dans la journée ? Le médecin qui cumule se trouve rarement dans des conditions aussi favorables pour remplir son devoir que celui qui ne cumule pas. En effet, le premier, se livrant dans l'après-midi à la préparation de ses ordonnances, doit d'abord être peu disposé à faire cette seconde visite, parce que ses occupations l'appellent à son officine, et, en second lieu, parce que ce travail,

par lui-même, peut être assez long pour lui ôter la faculté de s'absenter.

On a cherché à vous effrayer, en disant bien haut que les communes rurales manqueraient de secours si on défendait aux médecins d'y livrer les médicaments. Je ne m'oppose pas à un cumul, lorsqu'on ne le demande pas trop absolu ; c'est dans cette vue que je soutiens les conclusions de la Commission. Je dois cependant déclarer à la Compagnie que je ne puis croire que l'abolition absolue du cumul produirait le résultat fâcheux de priver les campagnes de médecins.

Examinons, en effet, ce qui arriverait si le cumul devait disparaître dans les localités où il est établi. Dans la supposition qu'un tiers des médecins cumulants, supposons même une moitié, dussent abandonner les communes rurales, ces populations resteraient-elles sans secours? Non. Les praticiens qui accepteraient leur nouvelle position, ne devant plus alors perdre de temps pour la préparation des médicaments, pourraient doubler le nombre de leurs visites, et suffire ainsi au besoin du service sanitaire.

Je me bornerai pour le moment à ces observations; j'attendrai, afin d'éviter les redites, que tous les membres qui se sont fait inscrire pour soutenir le cumul, aient parlé, avant de faire valoir d'autres considérations.

— M. Guislain : Messieurs, je pense que la loi du 12 mars 1818 pourrait être conservée. Il y a dans cette loi ces mots : « Nous indiquerons les villes, les communes. » — Mais le Gouvernement les a-t-il indiquées jusqu'ici, ces villes, ces communes?

Eh bien! qu'il les indique encore et qu'il s'arme d'une loi nouvelle s'il le faut : qu'il renforce la loi actuelle, mais qu'il se tienne aux principes que renferme cette dernière ; qu'il indique les communes riches et populeuses où des pharmaciens pourront exister, et qu'il demande d'abord l'avis des Commissions médicales. De cette manière, il y a moyen d'adapter les circonstances nouvelles aux choses déjà existantes.

Toute loi présente quelque chose de rigoureux qui peut renfermer une vérité considérée quant à la généralité, mais qui rencontre souvent de grands obstacles dans les individualités; et je le répète encore, gagnons du temps, ne précipitons pas les choses, car nous sommes à une époque de crise, où il serait peut-être imprudent de créer de nouvelles dispositions légales. On nous a cité les provinces wallonnes ; on nous a dit : L'existence des pharmaciens vivant dans une parfaite harmonie avec les médecins est un fait accompli. Mais, Messieurs, je dirai à mon tour : La

non-existence des pharmaciens dans les Flandres est également un fait accompli. C'est qu'il y a diversité de circonstances, et, disons le mot, Messieurs, c'est que s'il y a une Belgique, une constitution, un lien fraternel qui nous unit tous, il y a un Luxembourg, il y a un Limbourg, il y a une province de Namur, il y a des Flandres, il y a un Brabant; chacune de ces provinces a ses mœurs et ses anciennes habitudes qu'il faut respecter. Ces habitudes sont tellement fortes qu'il n'y a pas moyen d'introduire des pharmaciens dans les Flandres. Au reste, vous ferez tout ce que vous voudrez, on dira ce que l'on voudra, je dis, je le soutiens, jamais on ne parviendra à exécuter dans les Flandres la loi qu'on nous propose; jamais les pharmaciens n'y arriveront.

On vient de m'adresser cette demande : Que craignez-vous alors? Je répouds à l'interpellation : Ce que je crains, c'est le désordre, ce sont les frottements, c'est l'intervention des voies légales et par suite l'avilissement du corps médical; je crains surtout l'abandon des malades. Je désire l'ordre; je veux la conservation de ce qui existe; je veux l'amélioration de la loi, et puis je dirai encore avec l'honorable M. Broeckx, je désire que le nombre des pharmaciens soit limité. Mais je demande que cette limitation se fasse à la longue, qu'on agisse surtout sur l'instruction des pharmaciens, sur les examens des Commissions médicales; et à cet égard je ferai une proposition formelle : Je demande qu'à chaque session consacrée à l'examen des pharmaciens, le Gouvernement envoie des commissaires chargés de présider ces Commissions; ces fonctionnaires pourraient être choisis parmi les membres du jury national. Cette mesure tendrait à donner plus de relief à la position de pharmacien; elle lui donnerait un caractère plus essentiellement scientifique, et ne permettrait l'entrée dans le corps qu'à des hommes capables. Ainsi diminuerait la population des pharmaciens déjà trop forte sur la plupart des points du pays.

En résumé donc, Messieurs, je demande qu'on exécute la loi existante; les clauses que je veux y attacher tendent à assurer le succès des mesures à prendre. Elles donneront à l'élément administratif une force qui lui manque. Voici la proposition que je déposes ur le bureau :

« La loi du 12 mars 1818 sera maintenue.

« Toutefois le Gouvernement indiquera nominativement les villes et les communes qui ne seront point comprises au nombre de celles qu'il considère comme appartenant au plat pays.

« Le Gouvernement nommera des commissaires chargés de

présider les Commissions médicales lors des sessions consacrées à l'examen des pharmaciens. »

— M. Martens : Messieurs, comme on a parlé des amendements, je demande à dire aussi quelques mots. Je conviens, avec plusieurs honorables collègues, qu'en principe, il est utile de séparer l'exercice de la pharmacie de celui de la médecine, comme il serait très-utile de séparer l'exercice de la médecine de celui de la chirurgie. Mais il y a des nécessités qu'il faut subir. Il est évident qu'il n'est pas possible de maintenir deux hommes de l'art dans toutes les communes ; et de même que l'on permet le cumul de la médecine et de la chirurgie, je ne vois pas trop quel grand inconvénient il y a à permettre quelquefois celui de la pharmacie et de la médecine ; d'autant plus que, dans ce cas, l'exercice de la pharmacie se borne à faire des mélanges (car les médecins prennent leurs médicaments chez les pharmacinns), et que, pour cela, il ne faut pas des connaissances pharmaceutiques très-étendues.

Je trouve donc que partout où les besoins du service de santé exige ce cumul, il faut le permettre. Car si on voulait le détruire, si on exigeait que dans toutes les communes il y eût des pharmaciens et des médecins, qu'en résulterait-il ? que les médecins ne pouvant plus vivre, les pharmaciens resteraient seuls, et qu'au lieu d'avoir des médecins-pharmaciens, nous aurions des pharmaciens-médecins, ce qui serait un inconvénient beaucoup plus grave. J'avais pensé, en formulant mon amendement, qu'une commune de 3,000 âmes ou au delà pouvait suffire aux besoins d'un pharmacien ; mais je dois avouer que j'ai été dans une erreur complète sur ce point. Il est généralement reconnu que dans les villes il ne faudrait pas plus d'un pharmacien par 4,000 habitants. Eh bien ! pour le maintien d'un pharmacien, il en faut au moins 6,000 dans les campagnes, parce que ceux-ci emploient beaucoup moins de médicaments que ceux des villes ; mais le nombre des communes rurales de 6,000 âmes est très-restreint, et je crois qu'elles ont toutes des pharmaciens.

Je pense, par conséquent, que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de conserver la loi actuelle, qui a permis l'établissement des pharmaciens dans les communes de 6,000 âmes. Si, au contraire, nous allons favoriser cet établissement dans les communes rurales d'une moindre population, il arrivera que les médecins, n'y trouvant plus de quoi vivre, devront les quitter. Je me prononce donc pour le maintien de l'état actuel des choses.

— M. Stas : Messieurs, la question pour moi est bien simple. Le cumul de la médecine et de la pharmacie convient-il en principe ? Convient-il en fait ? L'honorable M. Fallot vous a déjà

énoncé toutes les raisons que l'on peut alléguer pour résoudre par la négative la question que je viens de poser. Il vous a, je crois, clairement démontré que le cumul ne permet aucun contrôle et qu'il est contraire à l'intérêt de la société non moins qu'à la morale. Messieurs, toutes nos institutions sont basées sur un principe : le contrôle de l'un par l'autre. Si vous voulez étudier le mécanisme de notre constitution, vous verrez que depuis le sommet, depuis le Gouvernement jusqu'au dernier des employés, il y a contrôle, contrôle nécessaire, contrôle basé sur la connaissance du cœur humain, de la nature de l'homme ; car tout individu est susceptible de passions et peut être aveuglé par elles. Messieurs, ce qui s'est fait pour nos institutions en général, ce contrôle qu'on a admis en principe pour toutes les parties de la machine gouvernementale, doit exister aussi pour l'exercice de la médecine.

Mais, Messieurs, le cumul peut-il être conseillé en fait ? Je crois encore devoir répondre négativement à cette question, et voici sur quelles considérations je me base. Ceux qui ont examiné ce qui se passe depuis fort longtemps dans la préparation des médicaments, ont pu s'apercevoir qu'elle n'est plus faite par les pharmaciens eux-mêmes. Je le dis avec une profonde douleur, car c'est un grave reproche que j'adresse aux pharmaciens ; il y a d'honorables exceptions, je fais mes réserves à cet égard ; mais en général ils ne préparent plus eux-mêmes les médicaments ; ils les achètent, pour le plus grand nombre, dans le commerce.

Et que font les médecins des campagnes ? On vous a dit qu'ils vont les acheter chez les pharmaciens des villes ; je le nie : ils s'adressent pour la plupart directement aux droguistes, et ils s'adressent à eux pour obtenir les substances les plus vénéneuses connues, l'acide prussique, par exemple. Voici ce qui m'est arrivé à moi-même : des droguistes sont venus me demander de l'acide prussique pour un médecin de campagne. Ils n'osaient pas en prendre chez un pharmacien, de crainte d'être connus ; ils aimaient mieux s'adresser à un préparateur de chimie à l'Université. Ce préparateur, c'était moi.

J'ai reproché, Messieurs, aux pharmaciens de campagne de ne point préparer eux-mêmes leurs médicaments, et j'ai adressé le même reproche à ceux des villes ; ces reproches, je les maintiens : tous les pharmaciens de campagne et le plus grand nombre de ceux des villes, au lieu de préparer eux-mêmes leurs médicaments, les achètent dans le commerce de la droguerie. Eh bien ! je suis à même de savoir ce que c'est que ce commerce. Tout commerce peut donner lieu à la fraude.

Il n'y a pas longtemps encore, je devais acheter certaines substances, et je ne voulais pas passer par les mains d'un pharmacien, parce que mes moyens ne me le permettaient pas ; j'ai vu alors du sulfate de quinine qui contenait au moins soixante-quinze pour cent de chaux, et de l'acétate de morphine qui ne contenait pas de morphine du tout. Comment voulez-vous faire de la médecine avec des médicaments qui n'en sont pas ? J'ai confiance dans les médecins, mais en tant qu'ils emploient de bons médicaments.

C'est sur cet état de choses, Messieurs, que j'appelle toute votre attention, et je n'y vois qu'un seul remède : c'est d'améliorer la position des pharmaciens. Si j'étais pharmacien, ou si j'avais un intérêt quelconque, direct ou indirect, dans la question, je ne tiendrais pas ce langage.

Messieurs, je crois avoir dit avec franchise ma manière de penser. Il me reste un mot à répondre à M. François.

M. François admet qu'il faut à la campagne, dans des circonstances qu'il a indiquées et que j'ai parfaitement saisies, laisser aux médecins la faculté de cumuler la médecine avec la pharmacie : il reconnaît qu'alors leurs secours sont suffisants pour garantir les intérêts de la société, et quand on lui a dit : « Mais lorsqu'il y a un pharmacien, ils le sont encore, » il a répondu : « Non, il faut qu'il y en ait deux. » Cependant il avait déjà admis que les secours étaient suffisants lorsqu'il n'y avait qu'un seul médecin cumulant la pharmacie et la médecine. (Interruptions.) J'ai parfaitement compris la pensée de M. François, et cette pensée est celle-ci : c'est que les intérêts de la société sont garantis lorsqu'il existe dans une localité un médecin cumulant la médecine et la pharmacie, tandis qu'ils ne le sont plus lorsqu'il s'y trouve un médecin et un pharmacien, et qu'à côté d'un seul médecin, il doit y avoir deux pharmaciens. Je n'entends point faire du persiflage ; mais je voudrais savoir où de semblables principes ont été puisés. (Interruptions.)

Je m'aperçois, Messieurs, que ma manière de voir ne va guère à quelques-uns de mes honorables collègues. J'en suis fâché, car j'ai parlé avec pleine conviction. Je n'ai rien promis, moi. Je ne promettrai jamais rien à qui que ce soit. Je veux conserver toujours mon entière indépendance et ma liberté de penser en toutes choses.

Je termine, Messieurs, en faisant appel à un homme qui est, comme moi, désintéressé dans la question, non pas au Président de l'Académie, mais à l'Inspecteur général du service de santé. Je le prie de bien vouloir nous dire, la main sur la conscience,

ce qu'il pense du service médical là où les médecins sont forcés de préparer et de distribuer eux-mêmes les médicaments qu'ils prescrivent à leurs malades. Je le prie de bien vouloir nous apprendre s'il n'a jamais eu d'observations à faire à ces médecins, et s'il ne lui est jamais venu à l'esprit de chercher les moyens de remédier à un semblable état de choses. J'attends sa réponse, et je me réserve de demander de nouveau la parole, si l'on présente encore des observations que je croirai devoir combattre.

— M. Fallot : On a demandé, Messieurs, que non-seulement le nombre des pharmaciens fût limité, ce que je crois une chose fort désirable, mais encore qu'on désignât les localités en dehors desquelles ils ne pourraient se fixer ni se livrer à leur industrie. Je ne ferai, Messieurs, aucune objection à cette proposition, jusqu'à ce qu'on ait expliqué par quels moyens on veut la mettre à exécution, jusqu'à ce qu'on nous ait indiqué la loi en vertu de laquelle on peut désigner un ban à un pharmacien, mesure qui ne s'applique à présent qu'à des criminels, en vertu d'un arrêt de Cour d'assises.

On a témoigné encore le désir qu'un commissaire spécial, envoyé par le Gouvernement, présidât à l'avenir les Commissions médicales, lors de l'examen des pharmaciens. Je crois que l'honorable M. Guislain est lui-même président ou membre de celle de la Flandre orientale. Il doit donc connaître le programme qui leur a été adressé en 1829, et je ne puis croire qu'il le juge trop facile. Il me paraît qu'un jeune homme qui est en état de répondre à toutes ses exigences donne à la société des garanties suffisantes d'instruction. S'il n'est pas observé, il faut s'en prendre aux Commissions médicales, j'en conviens ; mais les choses iraient-elles mieux avec un commissaire spécial chargé de présider les jurys ? Nous pouvons invoquer, pour éclairer le doute, l'exemple de la France. Là les jurys départementaux sont présidés par des professeurs appartenant aux diverses Facultés de médecine. Or, vous conviendrez, Messieurs, qu'avant qu'on eût exigé que les candidats en pharmacie fussent candidats en sciences, la somme d'instruction possédée par les pharmaciens français n'était certainement pas supérieure à celle que possèdent généralement les nôtres.

J'ai une seule observation à faire sur le dernier discours que vous venez d'entendre. M. Stas demande qu'on exerce un contrôle sur la gestion des médecins. Je déclare que je repousserais ce contrôle de toutes mes forces, de quelque côté qu'il vînt,

parce qu'un médecin doit être complétement indépendant dans l'exercice intellectuel de sa profession.

— M. Burggraeve : Je commence par déclarer que mon opinion est qu'il faut maintenir la loi du 12 mars 1818 dans toute sa teneur. Ce n'est pas que je ne croie qu'il ne soit désirable de séparer l'exercice de la médecine de la manipulation pharmaceutique ; mais je pense que lorsque la loi de 1818 a permis le cumul, elle a d'abord eu égard à ce qui existait probablement déjà dans certains endroits , et qu'en second lieu, elle a voulu, dans d'autres, atteindre un but spécial.

Dans beaucoup de localités des Flandres, dans nos petits hameaux, dans nos villages même ayant jusqu'à 3,000 habitants, mais où il ne se trouve pas une agglomération d'habitations, il n'y avait pas de médecîns. C'était tout au plus si quelque empirique y distribuaît des remèdes, souvent au détriment des malades. La loi a voulu remédier à cet inconvénient ; elle a voulu engager les médecins à aller s'établir dans ces villages, tout en leur imposant la triste nécessité de descendre de la haute position qu'ils doivent occuper , en les obligeant à devenir pharmaciens. La loi a atteint ce but. Car des médecins, et des médecins très-distingués, des docteurs en médecine, en chirurgie et en accouchements, sont venus se fixer dans beaucoup de communes rurales. Nous avons, je le répète, des hommes très-distingués dans nos campagnes ; j'ose dire qu'il n'y a peut-être pas de praticiens par qui le service se fasse aussi bien et avec autant de zèle. Et à quoi doit-on cet état de choses ? Evidemment à la loi du 12 mars 1818, qui a rendu l'existence des médecins possible dans les communes rurales. J'en conclus que vouloir l'abrogation de cette loi, c'est vouloir détruire tout ce qu'elle a produit d'utile en si peu de temps.

Messieurs, toutes les réclamations qui ont surgi dans ces derniers temps proviennent d'une seule cause : les pharmaciens sont mal à l'aise, comme les médecins le sont encore. Les médecins souffrent encore de l'institution des chirurgiens, de leur multiplication inopportune dans toutes les localités. La concurrence est encore une lèpre qui s'attache à notre état. Il en est de même des pharmaciens : ils souffrent certainement ; mais au lieu de chercher un remède à leurs souffrances , ils s'en prennent à ce que la loi a fait pour les médecins.

Messieurs, les précautions que la loi a prises pour les médecins, elle ne les a point prises pour les pharmaciens. Tous les jours on en crée en trop grand nombre et trop facilement.

C'est contre cet état de choses que ceux-ci se débattent ; ils

savent que la concurrence les tue. Et comment veulent-ils y échapper? En déversant la masse surabondante des hommes de leur profession sur les campagnes!

Messieurs, lorsque, dans la dernière séance, j'ai demandé l'ajournement de la question qui nous occupe jusqu'à l'époque où une loi aurait déterminé les conditions d'admission des pharmaciens à l'exercice de leur art, j'avais mes motifs; ils étaient du genre de ceux qui ont fait défendre aux Commissions médicales de créer des chirurgiens. Je voulais que le pharmacien s'élevât à la hauteur du médecin, et que la concurrence qui lui est si nuisible vînt ainsi à disparaître; car le jury tend à restreindre tous les jours le nombre des médecins. Avec une bonne loi, il en sera de même pour les pharmaciens, et ceux-ci offriront alors au pays les garanties que lui donnent les médecins.

Je dis donc que la loi du 12 mars 1818 fut un bienfait, puisqu'elle a attiré des docteurs en médecine dans beaucoup de localités où il n'y en avait pas; je dis qu'abroger cette loi, c'est y rendre l'existence de ces médecins impossible et ouvrir le champ aux empiriques.

L'Académie décide que la discussion sera continuée demain à neuf heures.

La séance est levée à deux heures et un quart.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1846.

— M. Fallot : Messieurs, on vous a demandé hier le maintien pur, simple et intégral de la loi du 12 mars 1818. Cette loi contient diverses dispositions relatives à la fourniture des médicaments par les médecins et les chirurgiens de campagne, auxquelles il me serait impossible de me rallier.

Il est à remarquer d'abord qu'elle a fait une position plus belle aux chirurgiens du plat pays qu'aux docteurs-médecins eux-mêmes, et je doute que l'intention de l'honorable membre qui a demandé le maintien pur et simple de la loi du 12 mars, ait été que ces prérogatives leur fussent conservées. En effet, les chirurgiens des communes rurales peuvent non-seulement fournir des médicaments à leurs malades, mais préparer, en outre, les ordonnances des médecins partout où il n'y a pas plusieurs pharmaciens. Or, dans plusieurs provinces, et notamment dans celle que j'habite, il y a bien un pharmacien dans la plupart de ces communes, mais rarement il s'en trouve deux. Par conséquent, je répète que la position des chirurgiens de campagne y est plus

belle que celle des docteurs en médecine eux-mêmes, ce qui me paraît être une choquante anomalie.

Je crois avoir suffisamment expliqué pourquoi je ne pourrai jamais consentir à perpétuer l'état de choses que la loi du 12 mars a créé relativement à la fourniture des médicaments par les médecins. Je dis que s'il est bon que le médecin fournisse des médicaments aux malades, cela doit l'être partout : les avantages qui en résulteraient pour les malades, s'ils sont réels, doivent exister aussi bien dans les villes que dans les campagnes. Si, au contraire, il n'est pas bon que le médecin exerce la pharmacie, cela ne peut pas être plus permis dans les campagnes que dans les villes.

Je conviens cependant de nouveau qu'il est des circonstances où la nécessité doit faire loi, et devant lesquelles le principe lui-même doit fléchir : ce sont celles où il n'y a pas de pharmaciens à portée des malades. Mais je crois que la loi de germinal an XI a pourvu à leurs exigences. Je continue donc à soutenir qu'il faut revenir à cette loi, puisque de cette manière on conciliera tous les intérêts de la société et de la morale.

M. Petry : Messieurs, si je prends la parole dans ce débat, c'est pour soutenir les conclusions de la Commission de législation.

Il ne s'agit ici ni des intérêts des médecins, ni de ceux des pharmaciens ; c'est sous le rapport de la science et de l'humanité qu'il faut examiner la question.

Moi aussi, Messieurs, en ma qualité de vétérinaire praticien, je suis intéressé à ce que l'on octroie aux médecins la vente des médicaments ; mais je crois devoir m'opposer à un pareil projet, parce que je considère cette vente comme conduisant au charlatanisme et à la fraude.

Le pharmacien, Messieurs, est l'homme qui doit être exclusivement appelé à préparer et à vendre les médicaments. Seul il présente, par des études spéciales, toutes les garanties désirables. Croit-on qu'aujourd'hui la préparation des médicaments se fasse par le médecin lui-même ? Nullement ; une masse de faits avérés prouvent qu'ils sont préparés par sa femme ou par ses domestiques.

Aussi aurai-je l'honneur, dans le cas où vous rejetteriez les conclusions de la Commission, de faire une proposition tendant à garantir les intérêts de l'humanité contre les abus de ce genre.

Je terminerai, Messieurs, par une dernière et importante considération. Il y a deux ans à peine, vous avez refusé la vente des médicaments aux vétérinaires, et l'on voudrait aujourd'hui l'au-

toriser en faveur des médecins! Prenez-y garde, soyez du moins conséquents avec vous-mêmes. La position de l'Académie en face de la science, du pays et du Gouvernement, serait fausse en effet, si elle venait à poser un acte contraire à ses précédents.

Je voterai contre les conclusions du rapport.

— M. Martens : Messieurs, je m'occupe uniquement ici de l'intérêt des habitants des campagnes, et non de l'intérêt des médecins ou des pharmaciens. Il s'agit de savoir s'il est possible d'assurer le service de santé dans les communes rurales en défendant aux médecins de fournir des médicaments à leurs malades. Eh bien! je dis que cela est impossible partout où sur une étendue d'une lieue carrée il n'y a pas une agglomération de population de 5,000 à 6,000 âmes.

On veut diminuer le nombre des pharmaciens, et, d'un autre côté, on veut favoriser leur introduction dans les campagnes. Je prétends que c'est rendre un très-mauvais service au pays; c'est encourager la création de pharmaciens-médecins, et il est bien évident qu'il vaut mieux que l'on ait des médecins qui préparent leurs recettes; il y a bien moins de danger pour la société de ce côté que de l'autre.

On nous parle toujours des abus auxquels la loi du 12 mars 1818 a donné lieu; mais on ne parle pas des avantages qui en sont résultés. Or, il est certain que c'est par elle qu'on est parvenu à extirper le charlatanisme de nos campagnes. En 1825, 1826 et 1827, les charlatans y pullulaient encore. Nous les poursuivions sans relâche; mais il nous était impossible d'atteindre notre but, parce qu'il y fallait un service médical quelconque. Grâce à la loi, le service médical s'y est organisé; abroger la loi, c'est désorganiser ce service, c'est rappeler les empiriques.

On nous dit que cette loi fait une position beaucoup plus avantageuse aux chirurgiens de campagne qu'aux médecins. Si l'on faisait encore aujourd'hui de ces chirurgiens, je serais le premier à demander la réforme de la loi; car je reconnais qu'ils ne donnaient pas les garanties que nous offrent les praticiens qui ont passé leurs examens devant le jury. Mais c'est parce qu'on n'en crée plus, c'est parce que ces abus ne sont plus à craindre, que la loi du 12 mars 1818 ne présente plus les inconvénients qu'elle offrait jadis.

D'un autre côté, on commence à remarquer, et je crois que notre honorable secrétaire lui-même nous l'a dit, que le nombre des médecins diminue depuis l'établissement du jury d'examen; c'est à tel point que d'ici à quelques années il pourrait bien y avoir pénurie. Et c'est dans cet état de choses qu'on voudrait

encore en restreindre le nombre ! Les études médicales sont aujourd'hui extrêmement arides ; et les revenus des médecins, comme vous l'ont prouvé les honorables MM. Guislain et Janssens, sont extrêmement modiques. Si vous allez encore empêcher leur établissement dans les campagnes, il n'y aura plus moyen d'entrer dans la carrière médicale. Avec le jury d'examen d'un côté, et la défense de fournir des médicaments de l'autre, le nombre des médecins diminuera tellement, que bientôt il y aura insuffisance complète pour les besoins du pays. Eh bien ! c'est pour garantir le service, particulièrement dans les campagnes, et uniquement pour cela, c'est dans l'intérêt public, par conséquent, que je demande le maintien de la loi du 12 mars 1818.

Toutefois, Messieurs, je ne veux pas que les médecins aillent expulser les pharmaciens des localités où ils existent. Je ne demande pas mieux que là où ceux-ci peuvent trouver des moyens d'existence concurremment avec ceux-là, ils y soient maintenus. Il n'est pas même de l'intérêt du médecin de fournir des médicaments dans les communes assez importantes pour qu'un pharmacien puisse y exister. Aussi voyons-nous que dans toutes celles de quatre à cinq mille âmes il y a des pharmaciens, et que les médecins n'y fournissent pas de médicaments ; ils ne le font que dans celles où il est impossible qu'un pharmacien trouve de quoi vivre.

— M. Lombard : Je crois qu'il y aurait du danger à toucher à la loi du 12 mars 1818 ; j'en demande le maintien : elle répond complétement aux vues qui me guident aujourd'hui dans ce débat.

Le législateur de cette époque a jugé que la loi de germinal an XI était insuffisante, et qu'elle ne répondait pas aux besoins des malades, qui sont un médecin instruit et des médicaments sans retard. Si personne, comme je le pense, ne conteste cette vérité, chacun comprendra combien furent grands les bienfaits qui résultèrent de la loi du 12 mars 1818.

La loi de germinal, qui n'autorisa les médecins à délivrer les médicaments à leurs malades que dans les lieux où il n'y avait point de pharmaciens ayant officine ouverte, favorisait l'établissement de ceux-ci dans les campagnes, mais en éloignait les médecins.

La loi du 12 mars, plus sage et plus appropriée aux besoins des malades, permet aux médecins, dans le plat pays et dans les lieux qui y sont assimilés, de leur délivrer des médicaments, alors même qu'il s'y trouverait des pharmaciens.

On voit donc que les législateurs de 1818 (à l'unanimité, dit-on) formulèrent l'article 11 pour amener dans les campagnes

des hommes instruits. Ils jugèrent que l'existence des médecins n'y serait point possible s'ils devaient être réduits au simple produit de leurs visites. Aussi, ne s'occupant que du salut des malades, ils négligèrent avec raison les pharmaciens, dont le sort ne s'y rattachait pas d'une manière aussi directe.

La loi nouvelle porta ses fruits : les communes rurales eurent un bien plus grand nombre de médecins, et aujourd'hui que l'on ne crée plus de chirurgiens de campagne, et que le nombre des diplômes délivrés par le jury est loin de combler le vide que la mort produit annuellement, on vous propose de changer la loi du 12 mars en ce qu'elle a surtout d'utile pour la société !

Nous pensons donc : 1° que rien n'exige des changements à la loi du 12 mars; 2° que cette loi est un progrès, et que revenir à celle de l'an XI ou y faire des changements quelconques, serait rétrograder et nuire aux malades ; 3° que les habitants des campagnes sont redevables à la loi de 1818 de l'assistance de médecins éclairés ; 4° que le législateur des Bays-Bas ne possédait pas de moyen plus sûr d'engager les médecins à s'établir au plat pays, que de leur accorder l'autorisation de délivrer des médicaments ; 5° qu'en leur retirant ce droit, beaucoup quitteraient les campagnes, ne pouvant plus y trouver, quels que fussent leurs labeurs, une existence assurée, et abandonneraient la place aux pharmaciens, aux mains desquels tomberait l'exercice de la médecine, au grand préjudice des malades ; 6° enfin, que ce n'est pas dans un moment où la difficulté des examens devant le jury éloigne un si grand nombre de jeunes gens des études médicales, que l'on peut penser à rayer de la loi le seul article qui les porte encore vers l'étude de la médecine et la pratique dans les campagnes.

— M. Vleminckx : Plusieurs d'entre vous, Messieurs, ont déjà parlé à différentes reprises dans cette discussion ; je demande la permission de vous présenter à mon tour quelques observations avant qu'elle ne soit close. Je serai court.

Avant d'entrer en matière, je désire faire à M. Lombard une question à laquelle je le prie de me répondre.

Pense-t-il qu'en règle générale, l'établissement de pharmaciens dans les localités où les besoins médicaux sont satisfaits, soit chose utile à l'humanité et profitable aux intérêts des malades ?

— M. Lombard : Remarquez, Messieurs, dans quels termes la question est posée. « Les besoins médicaux sont satisfaits. » Mais s'il en est ainsi, l'établissement de pharmaciens dans de pareilles localités est chose indifférente : du moment où les besoins dont il vient d'être parlé sont satisfaits, les malades peuvent se passer de pharmaciens.

— Vleminckx : Cela revient à dire qu'on pourrait supprimer la profession de pharmacien, même dans les villes.

Mon interpellation était précise. J'ai demandé à l'honorable membre si, dans sa pensée, il serait utile à l'humanité que des pharmaciens pussent s'établir à côté de médecins dont l'existence serait assurée. Il m'a répondu, vous venez de l'entendre, que ce serait chose indifférente.

— M. Lombard : Je voudrais ajouter un mot. Comme vous posez maintenant la question, je devrais dire que ce serait chose nuisible.

M. Vleminckx : Donc, l'honorable membre, s'il veut rester conséquent avec lui-même, doit provoquer la suppression de la profession de pharmacien dans toutes les localités ; car si cette profession est nuisible pour les communes rurales, même dans les conditions que je viens de poser, elle doit l'être également pour les villes.

Vous l'entendez, Messieurs : plus de pharmaciens, telle est la conséquence rigoureuse du principe que l'honorable membre vient de proclamer.

C'est tout ce que je voulais établir.

Moi aussi, j'ai étudié la question sous le seul point de vue des intérêts de l'humanité, et je suis arrivé, chose étrange, Messieurs, à des conclusions tout à fait opposées à celles de l'honorable M. Lombard.

Tout le monde ne partage pas ici son opinion sur le plus ou le moins d'utilité de la profession de pharmacien ; peut-être serai-je plus près de la vérité en affirmant que la plupart d'entre vous la considèrent comme nécessaire et favorable aux intérêts des malades. Mais s'il en est ainsi, pourquoi ne chercherions-nous pas à faire jouir des avantages qu'elle procure, les habitants des communes rurales tout aussi bien que ceux des villes ? Les campagnards auraient-ils moins de droits à notre sollicitude que les citadins ? Pourquoi donc hésiterions-nous à déclarer que l'on ne peut dévier du principe de *l'exercice séparé*, que lorsque les besoins des localités l'exigent impérieusement ?

L'honorable M. Guislain a bien senti la force de cet argument, et il a reconnu, avec nous, la convenance, la nécessité de pourvoir de pharmaciens toutes les localités, à la seule condition que l'existence des médecins n'en soit point compromise.

Nous nous rallions volontiers, pour notre compte, à cette proposition. La Commission de législation n'a pas entendu, elle, non plus, substituer, dans les communes rurales, des pharmaciens-médecins, comme on l'a dit, aux médecins-pharmaciens :

elle n'a jamais perdu de vue que le premier besoin du campagnard comme du citadin, c'est le médecin, et que le pharmacien ne vient qu'en seconde ligne ; mais elle a cru devoir admettre aussi, et nous continuons à le prétendre avec elle, que le cumul de la médecine et de la pharmacie doit être repoussé en principe, non moins dans l'intérêt du médecin que dans celui des malades.

Nous soutenons, par conséquent, que là où un médecin et un pharmacien peuvent exister honorablement ensemble, en se livrant chacun à l'exercice de son art, il est bon, pour le médecin comme pour les malades, qu'il en soit ainsi, et nous demandons que la loi du 12 mars 1818 reçoive des modifications qui permettent d'arriver à ce résultat.

Il importe d'ailleurs de mettre un terme aux abus scandaleux et aux fraudes abominables que se permettent les médecins de campagne sous l'empire de la loi qui nous régit : écoutez ce que m'écrit un médecin de campagne, qui a vendu, lui, pendant longtemps, des médicaments à ses malades, et vous verrez ces abus et ces fraudes mis au grand jour :

« Je touche à des points délicats ; je dirai néanmoins toute ma pensée, car je la fonde sur des faits dont je pourrais fournir la preuve irrécusable.

« On trouve à la campagne, et j'emprunte cette classification à M. le docteur Van Berchem, trois espèces de clients : la première paye le médecin, la seconde le paye difficilement, et la troisième ne le paye pas du tout. D'un autre côté, le médecin de campagne perçoit en même temps ce qui lui est dû pour les soins qu'il a donnés et pour les médicaments qu'il a fournis ; chez le pharmacien, au contraire, il est d'usage que ceux-ci soient payés au moment où ils sont délivrés. Que l'on applique ce mode différentiel de recouvrement des honoraires aux catégories de clients que j'ai admises, et on aura la raison de l'abus scandaleux que je vais dénoncer.

« Certes il n'entre pas dans mes intentions de vouloir appliquer à la majorité des médecins une accusation aussi grave ; mais il en est parmi eux qui, appelés près d'une personne riche, prescrivent les médicaments avec une incroyable profusion. Le praticien doit-il soigner des individus qui acquittent difficilement leurs dettes, il craint de perdre le prix de ses médicaments, et montre de l'hésitation à les prescrire ; l'intérêt enchaîne sa liberté d'action, et la médecine économique est invariablement opposée à toutes les maladies !

« Ce n'est pas tout : certains praticiens, fournisseurs de médi-

caments, font une rude concurrence à ceux de leurs collègues qui confient aux pharmaciens l'exécution de leurs prescriptions. Prostituant la profession médicale au point de n'exiger que trente ou quarante centimes par visite, ils vantent, dans des termes pompeux, la modicité de leurs prix; mais en réalité cette modicité est illusoire : la vente des médicaments vient en aide au rétablissement de l'équilibre. Et qu'on ne le nie pas; des praticiens honorables luttent, dans le silence du mépris, contre de semblables influences. »

Est-ce assez concluant? Niera-t-on encore l'existence des abus qu'enfante la loi du 12 mars 1818?

La clôture de la discussion est demandée, mise aux voix et prononcée.

M. Le Président : Je vais donner lecture des amendements déposés sur le bureau, qui se rapportent aux deux premiers paragraphes de l'article premier des conclusions du rapport, conçus en ces termes :

« Nul ne pourra vendre des substances médicamenteuses au poids médicinal, préparer, vendre, ni distribuer des médicaments, s'il n'est pharmacien légalement reçu, s'il n'a officine ouverte, et s'il n'est inscrit, à ce titre, sur les listes annuellement publiées par les Commissions médicales provinciales.

« Néanmoins, les docteurs en médecine et les autres personnes, les sages-femmes exceptées, qui exercent actuellement une des branches de l'art de guérir dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, ont la faculté de fournir, dans ces localités et dans celles qui se trouveraient dans ce cas, les médicaments nécessaires aux malades près desquels ils sont appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. »

Les amendements ou propositions présentés sur ces dispositions sont les suivants :

MM. Verheyen, Pasquier, François et De Lahaye ont déposé les amendements suivants :

M. Verheyen : « Néanmoins, les docteurs en médecine, les officiers de santé et les autres personnes, les sages-femmes exceptées, qui exercent une des branches de l'art de guérir dans les *villes*, bourgs et villages ou communes *qui ne compteraient pas une population agglomérée de* 3,000 *âmes et au-dessus*, ont la faculté de fournir, dans ces localités, les médicaments nécessaires aux malades près desquels ils sont appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. »

M. Pasquier : « Nul ne pourra vendre des substances médica-

menteuses au poids médicinal, préparer, vendre, *exposer en vente, débiter, fournir*, ni distribuer des médicaments, s'il n'est *docteur en pharmacie* ou pharmacien légalement reçu, etc... »

« Les docteurs en médecine, les officiers de santé et les chirurgiens des villes et des campagnes, qui exercent actuellement, n'ont pas le droit de tenir officine ouverte. Néanmoins, ils ont tous la faculté de fournir les médicaments nécessaires aux malades près desquels ils sont appelés, partout où ces malades sont éloignés de cinq kilomètres au moins (une lieue), d'une officine pharmaceutique régulièrement établie. »

M. François : « Je propose d'ajouter à l'art. 11 de la loi du 12 mars 1818 la disposition suivante : « à moins que deux pharmaciens n'y soient établis ou ne viennent s'y établir. »

M. De Lahaye : « Néanmoins, les docteurs en médecine, les officiers de santé et les autres personnes exerçant actuellement une des branches de l'art de guérir dans les *villes*, bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas *deux* pharmaciens ayant officine ouverte, ont la faculté..., etc. »

Viennent ensuite les amendements de MM. Broeckx, Thiernesse, Burggraeve et Guislain.

M. Broeckx : « Toutes les dispositions de la loi du 12 mars 1818, applicables aux médecins, chirurgiens et officiers de santé, relatives à la vente des médicaments en Belgique, restent maintenues dans toute leur intégrité.

« Le nombre des pharmaciens sera limité d'après les besoins, après avoir pris l'avis de l'Académie et des Commissions médicales provinciales. »

M. Thiernesse : « Les dispositions de la loi du 12 mars 1818, relatives à la vente des médicaments par les médecins, chirurgiens et officiers de santé, sont intégralement maintenues, et rendues applicables aux médecins vétérinaires. »

M. Guislain : « Je demande qu'on exécute la loi du 12 mars 1818, et que le gouvernement indique nominativement les communes qui ne seraient point comprises au nombre de celles qu'il considère comme appartenant au plat pays.

« Je demande en outre que le Gouvernement nomme des Commissaires chargés de présider les Commissions médicales, lors des sessions consacrées à l'examen des pharmaciens. »

M. Burggraeve : « Maintenir la loi du 12 mars 1818 et inviter le gouvernement à veiller à la stricte exécution de cette loi. »

— M. Burggraeve : Mon intention, en proposant mon amendement, a été de demander le maintien de l'article 11 de la loi du 12 mars 1818 ; c'est-à-dire que je ne veux pas qu'on enlève

aux médecins des campagnes le droit de fournir des médicaments. Je modifie donc mon amendement en ces termes : « Je demande « le maintien de l'article 11 de la loi du 12 mars 1818, ainsi conçu :

« Les docteurs en médecine n'auront pas la faculté, en vertu de leur diplôme, *d'exercer* la chirurgie, l'art des accouchements ou la pharmacie cumulativement avec la médecine, si ce n'est en consultation ; il leur sera néanmoins permis de *fournir des médicaments* à leurs malades dans le plat pays (communes rurales) et dans les villes qui y sont par nous assimilées. » — Mais je demande qu'en adoptant mon amendement, c'est-à-dire le maintien de cet article 11, on ne perde pas de vue l'article 34 de l'arrêté du 31 mai 1818, qui ne permet pas de méconnaître quelles sont les localités que le Gouvernement doit assimiler aux grandes villes, c'est-à-dire toutes celles où se trouvent établis quatre docteurs en médecine ou en chirurgie.

— M. Vleminckx : Messieurs, on vous propose maintenant de décider que les médecins ne pourront vendre des médicaments que dans les localités où il ne se trouvera pas quatre docteurs en médecine ou en chirurgie, c'est-à-dire dans une foule de communes de 8, 10 ou 15,000 habitants. Je prétends qu'une semblable proposition a besoin d'être mûrement examinée et que vous ne pouvez la voter sans une discussion approfondie.

M. Guislain avait été bien plus prudent ; car malgré toutes les défiances que l'on montre envers le Gouvernement, il me semble qu'il ne peut avoir en vue que le bien-être des populations en cette matière. Or, d'après la proposition de notre honorable collègue, le Gouvernement pourrait déterminer, au moins, quelles sont les localités où il convient que des pharmaciens soient établis. C'est cette proposition qu'il faut accepter, si vous voulez échapper à des embarras sans nombre.

— M. Guislain : Je crois que ma proposition est de nature à concilier toutes les opinions et à nous faire échapper aux grandes difficultés en présence desquelles nous nous trouvons. Je désire que l'on confie à une intelligence le soin de décider : Voilà une commune où l'établissement d'une pharmacie est impossible ; en voilà une autre où cet établissement peut avoir lieu sans inconvénient. On ne peut pas établir des règles fixes à cet égard ; on ne peut pas prendre pour base le chiffre de la population, par exemple : il est une foule de considérations dont il faut tenir compte, et je crois que le Gouvernement peut les peser mieux que personne.

— M. le Président : M. Guislain vient de modifier sa pro-

position ; elle sera conçue comme suit : Le Gouvernement, *sur la proposition de l'Académie*, etc.

— Plusieurs membres : Mettez cette proposition aux voix.

— M. le Président : L'amendement de M. Burggraeve étant retiré, nous devons délibérer d'abord sur l'amendement de M. Thiernesse.

— M. Michaux : Je reprends l'amendement de M. Burggraeve, et je le formule en ces termes :

« Je propose le maintien de l'article 11 de la loi du 12 mars 1818 dans toute son intégrité. »

— M. le Président : C'est nécessairement sur cet amendement qu'il faut voter d'abord ; nous viendrons ensuite, s'il y a lieu, à l'amendement de M. Thiernesse.

Si vous le permettez, Messieurs, je mettrai aux voix la question suivante qui mettra tout le monde à son aise :

« Y a-t-il lieu de modifier les dispositions de la loi du 12 mars 1818, relatives à la vente des médicaments par les praticiens établis dans les communes rurales ? »

— De toutes parts : Oui, oui, l'appel nominal !

— M. le Président : On fera l'appel nominal.

Les membres qui pensent qu'il n'y a rien à changer aux dispositions actuellement existantes sur la matière, répondront *non ;* ceux qui croiront que la loi doit subir des modifications répondront *oui.*

Il est procédé au vote par appel nominal sur la question posée par M. le Président :

28 Membres sont présents.
3 s'abstiennent.
12 répondent *non.*
13 répondent *oui.*

En conséquence, l'Académie décide qu'il a lieu d'apporter des modifications aux dispositions de la loi du 12 mai 1818, relatives à la vente des médicaments par les praticiens établis dans les communes rurales.

— M. Craninx : Je demande maintenant la mise aux voix de la proposition de M. Guislain.

— M. le Président : Si l'assemblée désire continuer la discussion (oui ! oui !), nous passerons à l'examen de la proposition de M. Guislain.

L'Académie entend, je pense, ne s'occuper d'abord que du premier paragraphe de cette proposition, ainsi conçu : « Je demande qu'on exécute la loi du 12 mars 1818 et que le gouver-

nement, sur la proposition de l'Académie, indique nominativement les communes qui ne seraient pas comprises au nombre de celles qu'il considère comme appartenant au plat pays.

— M. Stas : Je propose de substituer les Commissions médicales provinciales à l'Académie.

— L'amendement de M. Stas est mis aux voix et adopté.

L'Académie adopte ensuite le premier paragraphe de la proposition de M. Guislain, ainsi amendée.

— M. le Président : L'adoption de cette proposition fait tomber les amendements de MM. Verheyen, Pasquier, Thiernesse, François et De Lahaye ; elle remplace les premier et deuxième paragraphes des conclusions de la Commission.

Toutefois il est une partie du deuxième sur laquelle vous croirez probablement devoir statuer. C'est la disposition suivante : « (les médecins et chirurgiens qui fourniront des médicaments à leurs malades) prendront leurs médicaments composés chez un pharmacien légalement reçu. »

L'Académie adopte la proposition de la Commission.

— M. le Président : Nous arrivons aux troisième, quatrième et cinquième paragraphes du 1° des conclusions de la Commission.

Ils sont ainsi conçus :

« Ces dispositions sont applicables aux vétérinaires pour les animaux qu'ils sont appelés à traiter.

« Tous ceux, qui en dehors de ces conditions, auraient distribué ou vendu des substances médicamenteuses quelconques, seront passibles des peines portées contre l'exercice illégal de la pharmacie.

« Les dépôts des médicaments tenus par les vétérinaires seront soumis à la surveillance prescrite à l'égard des médecins et des chirurgiens qui fourniront des médicaments. »

Une proposition et des amendements relatifs à ces paragraphes ont été déposés sur le bureau :

Proposition de M. Verheyen : « Je demande la suppression des paragraphes trois, quatre et cinq des conclusions de la Commission, qui concernent les médicaments tenus par les vétérinaires. »

Amendement de M. Thiernesse : « Je demande que l'Académie décide que les vétérinaires peuvent vendre des médicaments pour les animaux auxquels ils donnent des soins, dans les localités où les docteurs en médecine sont autorisés à en délivrer. »

Amendement de M. Burggraeve : « Je propose que l'article 11 de la loi du 12 mars 1818 soit appliqué aux médecins vétérinaires. »

Amendement de M. Pasquier : « Je propose d'ajouter au quatrième paragraphe des conclusions de la Commission : « Dans les localités éloignées de sept kilomètres et demi au moins (une lieue et demie) de toute officine pharmaceutique. » Et après les mots : *Substances médicamenteuses*, ceux-ci : *ou des médicaments.* »

La proposition de M. Verheyen s'éloignant le plus des conclusions de la Commission, est mise la première en discussion.

— M. Verheyen : Messieurs, j'ai demandé la suppression des trois paragraphes relatifs aux vétérinaires.

La question qui concerne ceux-ci a été naguère longuement discutée dans cette enceinte. L'Académie en avait été alors légalement saisie : il n'en est plus de même aujourd'hui ; c'est la Commission de législation qui vous propose de revenir sur la décision que vous avez prise sur cet objet.

L'avis émis par l'Académie a été soumis aux Conseils provinciaux. La majorité de ceux-ci ne l'a pas partagé, et le Gouvernement s'est rangé à l'opinion des Conseils. Non-seulement le projet sur l'exercice de l'art vétérinaire est préparé, mais il a déjà été communiqué à plusieurs membres des Chambres. C'est de cette manière que j'ai appris que le Gouvernement a adopté l'avis des Conseils provinciaux.

Il serait donc superflu, Messieurs, de nous occuper plus longtemps de la question des vétérinaires, et de la mêler à celle des médecins, d'autant plus que vous vous rappellerez que j'avais proposé le renvoi à la Commission de législation de tout ce qui concerne l'exercice de la médecine vétérinaire, et que le Gouvernement ne s'étant pas rallié à cette proposition, a demandé à cette époque la continuation de la discussion qui a été entièrement épuisée.

— M. Thiernesse : Messieurs, l'amendement présenté par M. Verheyen, qui vous disait, en 1842, que si vous adoptiez les propositions de M. Sauveur vous prononceriez l'oraison funèbre de la médecine vétérinaire, m'avait d'abord étonné ; je comprends maintenant que loin de vouloir proposer une mesure nuisible aux vétérinaires, il agit dans leur intérêt en demandant que la question qui les concerne soit détachée de celle des médecins. Mais son amendement exprimait mal sa pensée.

— M. le Président : La proposition de M. Verheyen tend à faire supprimer des conclusions du rapport toutes les dispositions qui concernent les vétérinaires, c'est-à-dire les troisième, quatrième et cinquième paragraphes du 1° de ces conclusions.

Personne ne demandant plus la parole, je vais la mettre aux voix.

Elle est adoptée.

M. le Président : Nous arrivons au 2° des conclusions : « Les médecins et les chirurgiens qui seront reçus à l'avenir, et qui déclareront vouloir jouir de la faculté dont il est parlé à l'article précédent, subiront un examen général sur la pratique de la pharmacie. »

M. Pasquier a demandé d'ajouter les mots : « La connaissance et la conservation des médicaments. »

M. Verbeecr : Messieurs, le médecin et le chirurgien qui vendent des médicaments ne peuvent être considérés comme pharmaciens proprement dits ; ce sont des mélangeurs de drogues. On est resté sur ce point, pendant toute cette discussion, dans une erreur continuelle. Ils sont assimilés, en toutes choses, aux sœurs hospitalières qui vont prendre les médicaments dont elles doivent faire le mélange, chez un pharmacien légalement reçu. Ils ne sont que des intermédiaires entre celui qui vend les drogues et le malade qui les reçoit.

Il n'est nullement nécessaire que ces praticiens subissent un examen spécial ; car en présence des examens auxquels on les soumet, sur la pharmacologie et sur la matière médicale, pour obtenir le grade de docteur en médecine, en peut être certain qu'ils sont capables de s'assurer de la bonne qualité des drogues.

— M. Craninx : Ces observations me paraissent tellement péremptoires, que je crois que nous pouvons aller aux voix, et que la proposition sera rejetée par l'unanimité de l'assemblée.

— M. Sauveur : La disposition que l'Académie examine en ce moment est écrite dans la loi du 12 mars 1818, où on lit que les docteurs en médecine reçus docteurs en pharmacie, ou pharmaciens, peuvent exercer simultanément ces deux branches de l'art dans les campagnes et dans les villes où il n'existe point de Commission médicale locale, c'est-à-dire dans toutes les communes rurales et dans la plupart des villes, puisqu'il n'en est aujourd'hui que vingt-trois ayant un de ces colléges. Une autre disposition de la même loi déclare aussi que les chirurgiens qui veulent s'établir à la campagne doivent subir un examen sur les premiers éléments au moins de la pharmacie, afin de pouvoir leur permettre de traiter les maladies internes les plus habituelles et de fournir des médicaments.

L'Académie a donc à décider, par suite du vote qu'elle vient d'émettre sur l'article 11 de la loi, si elle entend que les docteurs qui voudront jouir de la faculté de vendre eux-mêmes les préparations médicinales qu'ils prescrivent, devront faire preuve

de certaines connaissances pharmaceutiques. Cette mesure me paraît nécessaire en présence de la mauvaise tenue d'un grand nombre de pharmacies rurales desservies par des médecins ou des chirurgiens. Il importe d'ailleurs à la santé publique que ces praticiens connaissent tous les soins et l'exactitude qui doivent être apportés dans la préparation et la conservation des préparations pharmaceutiques qu'ils emploient. Leurs officines devront rester nécessairement soumises à l'inspection des Commissions médicales.

Le 2° des conclusions est mis aux voix et rejeté.

La suite de la discussion est ajournée à la séance prochaine.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

JANV. 1846.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	748,02	+ 6,8	+10,3	+ 3,6	85,0	9,80	OSO.-ONO.	P. et temp. la n.; somb., menaç. dans la j.; beau le soir.
2	759,95	+ 1,4	+ 4,5	+ 0,6	98,0	5,53	ONO.-NO.	Nuageux, variable, giboulées, neige; beau le soir.
3	770,95	+ 0,6	+ 3,3	+ 1,2	97,0	1,27	NO.-ONO.	Très-beau.
4	764,40	+ 2,0	+ 0,3	+ 2,6	92,0	»	SSO.-S.	Beau le matin, se couvre dans la journée.
5	758,38	+ 0,6	+ 1,6	+ 1,6	97,0	2,04	SSO.-SSE.	Couvert, neigeux.
6	763,46	+ 0,3	+ 1,6	+ 2,1	100,0	»	SO.-SSO.	Sombre, brumeux, vent le soir.
7	765,52	+ 1,7	+ 2,9	+ 0,1	98,0	»	SSO.	Sombre, brumeux, vent le soir.
8	772,05	+ 3,8	+ 5,6	+ 1,9	97,5	0,38	SO.	Sombre, brumeux, vent le soir.
9	796,05	+ 5,1	+ 5,9	+ 3,2	94,5	»	SO.-S.	Sombre, brumeux, vent le soir.
10	771,94	+ 0,9	+ 3,3	+ 0,6	96,5	»	SSO.-OSO.	Sombre, brumeux, vent le soir.
11	776,72	+ 0,1	+ 0,9	+ 1,4	97,0	»	OSO.-SSO.	Sombre, brumeux, vent le soir.
12	762,85	+ 0,6	+ 1,2	+ 1,3	98,0	»	SSO.-SE.	Se découvre à midi; très-beau ensuite.
13	753,67	+ 2,8	+ 6,0	+ 0,5	87,0	»	S.	Très-beau et doux.
14	748,30	+ 2,9	+ 7,4	+ 0,8	93,0	»	SSE.	Journée de printemps.
15	754,49	+ 4,8	+ 7,4	+ 3,3	85,5	»	SSE.-S.	Très-agréable.
16	756,99	+ 2,7	+ 6,8	+ 1,5	90,0	»	SSO.-S.	Beau.
17	752,96	+ 6,1	+ 7,8	+ 4,8	93,5	0,64	SSE-SSO.	Couvert, brumeux.
18	752,87	+ 4,9	+ 6,5	+ 3,5	99,5	2,28	SO.	Couvert, assez beau.
19	747,30	+ 5,0	+10,1	+ 3,5	95,0	2,17	SSE.-S.	Temps sale, pluie et vent.
20	746,00	+ 8,0	+10,7	+ 4,7	90,0	3,82	SO.	Assez beau, vent fort.
21	747,64	+ 6,4	+10,9	+ 4,6	93,0	2,93	SSO.	Sombre, pluvieux, sale.
22	739,39	+12,5	+13,2	+ 9,2	84,5	5,73	SO.	Sombre, pluvieux, vent violent.
23	742,80	+ 8,9	+12,3	+ 8,3	95,5	8,27	SO.	Pluvieux, sale; bourrasque après midi.
24	742,42	+ 8,9	+10,1	+ 8,4	95,5	3,18	SO.-OSO.	Pluvieux.
25	746,77	+ 9,9	+12,0	+ 7,6	100,0	6,36	SSO.	Pluvieux et vent fort toute la journée.
26	738,23	+ 9,9	+11,8	+ 7,6	95,0	17,19	SO.-OSO.	Pluvieux et venteux le matin; nuageux ensuite.
27	743,48	+ 8,8	+11,0	+ 7,4	94,0	7,00	O.-SO.	Pluvieux, nuageux.
28	749,09	+ 7,0	+ 9,3	+ 6,4	95,0	1,15	S.-OSO.	Sombre, pluvieux; beau le soir.
29	750,49	+ 6,9	+ 9,3	+ 5,9	96,0	1,91	SO.	Pluie tout le jour.
30	756,83	+ 7,9	+ 9,7	+ 7,3	93,0	9,29	ONO.-OSO.	Sombre; pluvieux le soir.
31	757,82	+10,5	+11,1	+ 8,4	96,0	0,76	O.-OSO.	Couvert, sombre; vent dans la soirée et la nuit suivante.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. *Quelques mots sur une grave affection à laquelle seraient sujets les ouvriers qui travaillent à la fabrication des allumettes chimiques;* par M. Bricheteau.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, mars 1846.)

Plusieurs médecins allemands, parmi lesquels il faut distinguer M. Heyfelder, professeur de clinique chirurgicale à Erlangen, ont publié un bon nombre d'observations de nécrose des os maxillaires, survenue chez des ouvrières occupées à la fabrication des allumettes chimiques, et l'ont regardée comme le résultat de leur profession. Ils attribuent cette maladie aux vapeurs phosphoriques qui se dégagent des matières mises en œuvre. Les faits rapportés ou cités par cet observateur distingué, nous ont paru si extraordinaires, que nous avons entrepris, M. Chevallier et moi, de vérifier si de semblables affections attaquaient les ouvriers employés dans les fabriques d'allumettes chimiques qui existent à Paris et dans la banlieue. Cette recherche paraîtra d'autant plus importante à la santé publique, que, dans la seule fabrique d'allumettes chimiques de Nuremberg, on aurait constaté neuf cas de nécrose des os maxillaires, et autant dans les fabriques de Vienne, selon M. Lorinser.

Avant de publier les résultats définitifs de l'enquête à laquelle nous nous livrons, nous désirons prendre date, en faisant connaître nos premières recherches, d'ailleurs peu concluantes, peu confirmatives de celles de nos confrères d'au delà du Rhin. Elles pourront d'ailleurs rassurer les ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques. Il résulte en effet de nos renseignements, que, sur environ deux mille ouvriers, hommes ou femmes, occupés à cette fabrication, aucune carie ou nécrose de la mâchoire n'a été suffisamment bien constatée par les propriétaires

de plusieurs usines ou par les médecins qui y ont été appelés.

Voici cependant quelques documents qui ne sont pas sans importance, et qui doivent engager les médecins à faire des recherches sur ce point de pathologie professionnelle. Nous les invitons à nous venir en aide à cet égard.

1° Le nommé Berger, fabricant d'allumettes chimiques, a été atteint d'une maladie de l'os de la mâchoire ; mais nous n'avons pu, jusqu'à présent, nous procurer de renseignements sur la nature de cette maladie ;

2° Le nommé Pierre Henry, contre-maître dans la fabrique d'allumettes chimiques de M. Delacourcelle, a été atteint d'une carie de l'os de la mâchoire ; mais cette carie a été considérée par M. Escalogne, médecin à Fontainebleau, qui a soigné le malade, comme une affection syphilitique ;

3° Le sieur Pourpre, qui travaillait chez le sieur Joseph Morclou, a été malade ; mais on ne connaît pas la nature de la maladie qu'il a éprouvée ;

4° La fille Henriette, travaillant chez le même fabricant, aurait été atteinte d'une carie de l'os maxillaire, et serait morte dans les hôpitaux de Paris : nous faisons des recherches pour constater la nature de l'affection à laquelle cette femme a succombé ;

5° Enfin, on nous avait signalé une fille Catherine, qui avait travaillé chez M. Malbée, laquelle avait été atteinte d'un ulcère à la joue ; mais M. Malbée nous a certifié que cette fille était malade avant d'entrer dans la fabrique, et qu'elle exerçait une tout autre profession avant d'y être employée.

Les fabricants ont observé que les vapeurs résultant de la combustion instantanée des allumettes, contiennent de l'acide sulfureux, des acides phosphoreux et phosphoriques ; que ces acides font tousser les ouvriers ; que ces accidents sont plus incommodes en hiver qu'en été, parce que, dans cette dernière saison, les fenêtres restent ouvertes et qu'il s'effectue une ventilation très-active, qui n'a pas lieu en hiver, parce que les croisées sont fermées.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE. — 2. *Notice sur l'épithélium de l'intestin;* par le docteur Küss, agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg; lue à la Société de médecine de Strasbourg.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 2, 1846.)

Messieurs,

Je viens appeler votre attention sur un élément anatomique de l'intestin, fort peu connu malgré son importance capitale, et qui, pour être étudié dans ses principaux caractères, ne demande ni le secours d'instruments grossissants, ni l'adresse d'un anatomiste de profession. Je veux parler de l'épithélium, de la couche qui a, avec la muqueuse, des rapports semblables à ceux qui existent entre l'épiderme et le derme, mais dont le rôle physiologique est bien plus remarquable que celui de l'enveloppe cornée de la surface du corps. L'épithélium de l'intestin est, en effet, la véritable membrane assimilante : c'est l'organe qui reçoit de première main les matières alimentaires, modifiées par les sucs de l'estomac; c'est lui qui préside à leur transformation ultérieure et qui les rend propres à passer des premières dans les secondes voies, comme on disait anciennement. A côté de ce rôle essentiel, l'épithélium manifeste une autre activité, en quelque sorte inverse de la précédente : dépourvu lui-même de vaisseaux, il reçoit de ceux de la couche organique voisine certains éléments du sang, les filtre en les transformant, et les laisse suinter par sa face libre sous forme de mucus. C'est donc lui qui mérite réellement le nom de membrane muqueuse que lui accorde M. Reichert, nom qui, jusqu'à présent, était usurpé par la couche cellulo-vasculaire sous-jacente, laquelle n'a que l'importance secondaire d'un support de l'épithélium, d'un auxiliaire chargé d'entraîner les produits de l'assimilation épithéliale et d'apporter les matériaux de la sécrétion muqueuse.

En insistant, Messieurs, sur les remarquables usages de la membrane en question, mon but n'est pas, veuillez en être persuadés, de vous faire une leçon d'anatomie ou de physiologie. Vous avez déjà entrevu ce que le sujet offre de neuf et d'intéressant au point de vue pathologique. Vous vous êtes dit qu'un organe muni de tels pouvoirs doit, à supposer qu'il puisse s'altérer, exercer la plus grande influence sur l'équilibre des fonctions, et qu'une foule de maladies qui passent sans laisser le moindre vestige sur la couche improprement qualifiée de muqueuse intestinale, pourraient bien avoir leur siége réel et organique dans

l'épithélium. Les considérations que je soumets aujourd'hui à mes confrères doivent être un appel adressé à ceux d'entre eux qui, par leur position, sont souvent dans le cas d'étudier des intestins malades. Ils voudront bien, j'espère, ne pas négliger à l'avenir l'examen de l'épithélium, en rechercher les altérations organiques, et contribuer à fonder un des éléments les plus essentiels de la pathologie des intestins, et cela à peu de frais, car le terrain est vierge et doit être fertile; l'histoire des altérations de l'épithélium est encore presque entièrement à faire.

Il semble assez singulier qu'une membrane épaisse, visible et palpable, ait pu pendant si longtemps échapper aux investigations des anatomistes; car, sauf quelques notions vagues que l'on en avait dès les temps anciens, ce n'est guère que depuis les travaux de M. Henlé sur la muqueuse intestinale, publiés il y a une dizaine d'années, que l'existence de l'épithélium est bien constatée. Et cependant vous l'avez tous vue, cette membrane; mais, la prenant pour une couche impure de mucus, vous avez eu grand soin de l'enlever, de l'absterger; vous l'avez entraînée en faisant passer par le canal intestinal des courants d'eau violents; et votre attention s'est exclusivement fixée sur la tunique vasculeuse et villeuse, qui, d'après ses caractères plus saillants, paraissait jouer le rôle essentiel tant à l'état de santé que dans les maladies. Tels ne sont pas les procédés à suivre lorsqu'on voudra étudier l'épithélium, car cette membrane est très-délicate et peu consistante. Il faut extraire le canal intestinal avec précaution et sans le froisser; il faut l'ouvrir avant de le laver, et cette dernière opération doit se faire en agitant doucement dans l'eau le canal ouvert et étalé. Sans ces ménagements, une autopsie ne fournira que des résultats incomplets et de peu de valeur : une autopsie médico-légale surtout prêtera à une foule d'objections et d'attaques victorieuses.

Comme l'épithélium se moule assez exactement sur la membrane villeuse, je crois utile de faire précéder la description de la première de ces membranes de quelques considérations sur son *substratum* vasculaire. Un seul et même tissu s'étend entre la tunique musculeuse et l'épithélium. Ce tissu ressemble le plus au tissu cellulaire; il en diffère cependant par un type particulier que l'on retrouve dans tous les tissus dont se composent les appareils de la vie organique et qui les distingue de leurs analogues employés dans les appareils de la vie animale. Il y a dans la trame des viscères quelque chose d'embryonnaire, d'imparfait relativement; on dirait que leurs éléments ont été arrêtés dans leur évolution organique. Cette couche sous-épithéliale reçoit un

grand nombre de vaisseaux, bien qu'elle soit entièrement homogène quant à la structure. Ainsi qu'il vient d'être dit, on en a fait deux tuniques distinctes : la muqueuse proprement dite, plus dense et munie de vaisseaux plus déliés, et la celluleuse ou tissu sous-muqueux, plus lâche, et dans laquelle sont contenus les troncs vasculaires.

Je ne poursuivrai pas plus loin l'étude de la couche cellulo-vasculaire, et je n'aborderai pas aujourd'hui celle des appareils sécréteurs qu'elle renferme. On trouvera sur ce point des détails intéressants dans le mémoire de feu mon ami Flouch, qui vient de paraître dans le dernier cahier des mémoires de la Société d'histoire naturelle de cette ville. Ce qui m'importe pour le moment, c'est la surface de la muqueuse, en contact avec l'épithélium ; c'est sur elle que l'épithélium se moule et s'étale, et sa forme et son aspect sont en grande partie dépendants des accidents de surface de la villeuse. Cette surface, très-lisse d'ailleurs, se trouve hérissée de distance en distance de saillies et de dépressions brusques : ce sont les villosités et les glandes de Lieberkühn. Les villosités, saillies qui affectent en général la forme d'un doigt, sont assez connues, et je ne m'arrêterai pas à les décrire. Les glandes de Lieberkühn, appareils presque microscopiques, peuvent cependant encore être distinguées par un œil exercé, sans le secours d'instrument grossissant. Ce sont des fossettes que, à part les dimensions, on ne saurait mieux comparer qu'à celles qui parsèment la surface d'un dé à coudre : telle est en effet leur disposition dans tout l'intestin grêle ; mais, dans le gros intestin et dans l'estomac surtout, ces organes atteignent des dimensions bien plus considérables, principalement en profondeur : dans l'estomac, par exemple, les fossettes sont devenues de véritables tubes borgnes, qui atteignent jusqu'à 2 millimètres de longueur.

Maintenant, pour avoir une idée sommaire de l'épithélium, supposez la surface, telle que je viens de la décrire, disposée sur un plan horizontal ; que l'on fasse couler sur elle un liquide gélatineux qui l'inonde en quelque sorte, il est clair que le liquide commencera par remplir les dépressions ou glandes de Lieberkühn, qu'ensuite il occupera les intervalles des villosités, et que bientôt, en s'élevant, le niveau du liquide ne sera plus dépassé que par le sommet des villosités qui surgiront comme autant de petites îles. Je suppose qu'ensuite ces sommets eux-mêmes soient submergés, qu'enfin le liquide, en s'épaississant, prenne du retrait, que son niveau baisse un peu ; le bout des villosités viendra derechef à surgir, mais coiffé cette fois d'une

couche de gelée. Sa surface sera hérissée de mamelons arrondis, renfermant chacun, à la manière d'une gaîne, le bout d'une villosité.

Tel est, en effet, l'aspect de l'épithélium intestinal ; tels sont ses rapports avec la muqueuse. C'est comme une gelée bien prise, un mucus consistant qui se moule sur la surface sous-jacente en variant d'épaisseur selon les points qu'il recouvre : mince au niveau des sommets des villosités, épais dans leurs intervalles, et plus épais encore là où la muqueuse fuit dans la profondeur pour former les fossettes de Lieberkühn.

Si nous arrachons cette membrane (et avec un peu de soin nous pourrons l'obtenir en couche continue), nous verrons sa face profonde conserver l'empreinte de la surface de la muqueuse, offrant de légères saillies qui correspondaient aux fossettes de Lieberkühn et des trous conduisant à des canaux borgnes : ce sont les gaînes dans lesquelles étaient logées les villosités.

Quelle est la structure de cette membrane ? D'abord pénétrons-nous bien de l'idée que ce n'est pas un mucus épaissi, retenu mécaniquement entre les villosités, et se continuant sans démarcation précise avec les parties de mucus libre qui se meuvent dans la cavité de l'intestin. Non, l'épithélium est un véritable tissu, c'est une partie de l'organisme, nettement terminée du côté de la cavité intestinale par une surface lisse, dont la parfaite égalité n'est interrompue que par les petits mamelons qui coiffent le bout des villosités. Ce tissu se compose d'une partie fondamentale sans structure appréciable , transparente comme du verre, et dans laquelle on ne voit pas la moindre trace de fibre ni de vaisseaux. Par-ci par-là on y rencontre comme emprisonnés des cylindres d'épithélium, petits organes plutôt coniques que cylindriques, allongés, ayant leur base confondue avec la surface libre de la membrane, le sommet dirigé vers la muqueuse. Vers le milieu de leur longueur ils renferment un noyau plus opaque. Dans les mamelons qui recouvrent le sommet des villosités, ces cônes constituent l'élément prédominant : on les trouve serrés les uns contre les autres ; et comme en ce point l'épithélium est assez mince , le sommet des cônes est en contact avec le tissu cellulo-vasculaire des villosités, et ces cônes viennent rayonner de tous côtés vers la villosité comme vers un axe commun.

Cette esquisse anatomique suffira pour faire comprendre les considérations physiologiques suivantes. D'abord il est évident que les villosités sont immobiles, fixes dans leur position, et qu'il ne peut pas être question de déplacements gyratoires ou autres

comparables aux mouvements de succion et de déglutition des sangsues. C'est à tort que l'on a dit que les villosités, plongées dans la masse chymeuse, y pompent et y choisissent les matières aptes à circuler dans l'organisme. Il y a, au contraire, entre la masse chymeuse et l'extrémité de chaque villosité une couche d'épithélium aussi épaisse que la villosité elle-même. Ce rapport exclut encore l'idée, du reste entièrement abandonnée par les anatomistes modernes, d'un orifice terminal des villosités, d'un véritable appareil de succion. A quoi servirait, en effet, cette bouche absorbante, tenue à distance des matières absorbables ?

On renonce à regret, je l'avoue, à l'image séduisante de ces villosités, flottant librement, par milliers, dans la pâte alimentaire, s'imbibant et se gorgeant de sucs nutritifs pour les céder ensuite aux réseaux lymphatiques voisins ; mais l'observation est là, inflexible, qui refoule la villosité sur le second plan. Munie d'un lymphatique central, elle se tient immobile, le sommet entouré d'une gerbe de cônes d'épithélium, et c'est sur ce dernier appareil que devra désormais se reporter toute notre attention.

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les propriétés vitales reconnues aux cellules en général, et les phénomènes de nutrition indépendante que peut offrir chacun de ces organismes. Si vous voulez bien le permettre, je présenterai dans une prochaine séance quelques considérations sur les transformations de la cellule en général, et particulièrement de la cellule cancéreuse. Je me bornerai à signaler aujourd'hui quelques faits de ce genre observés dans la cellule épithéliale. Ainsi que je l'ai déjà dit, c'est M. Reichert qui le premier montra toute la valeur de l'appareil épithélial, considéré comme chargé de l'assimilation. Le fait qui excita son attention, et qui donnait en même temps la démonstration complète de cette fonction de l'épithélium, c'est celui qui se remarque chez la larve de la grenouille. Cet animal, herbivore à cette période de son développement, manifeste une prodigieuse voracité, et cependant il manque encore complétement de membrane villeuse. Par contre, l'épithélium est complet et immédiatement appliqué sur la tunique charnue. Lui seul peut remplir la fonction d'organe assimilant, et pour preuve de leur activité, l'on voit alors les cellules qui le composent, plus ou moins remplies de gouttelettes de graisse.

Chez l'homme à jeun, et c'est l'état dans lequel se trouvaient la plupart des sujets qu'il m'a été donné d'examiner, l'épithélium est transparent et permet de voir dans tous ses détails la muqueuse qu'il recouvre. Chez les individus morts pendant l'acte de la chymification, l'aspect de la membrane est tout

autre ; elle est parsemée de points blancs et opaques, et un examen plus attentif fait voir que cette teinte siége exclusivement autour du sommet des villosités, dans les groupes de cellules épithéliales qui les entourent. Quand on ignore l'existence de l'épithélium, on croit voir alors les villosités triplées de volume, renflées par leur bout libre, et il me paraît certain que c'est cet aspect qui a fait naître l'idée d'une ampoule terminale, ampoule de Lieberkühn, remplie de chyle : j'en suis d'autant plus persuadé, que j'ai été, pendant quelque temps, moi-même victime de cette erreur. On y échappe facilement en détachant l'épithélium : on voit alors, d'un côté, la villosité, nullement renflée, renfermant tout au plus quelques gouttelettes huileuses, indiquant la présence d'un contenu chyleux, et, d'autre part, on obtient le petit mamelon creux qui coiffait la villosité, nullement épaissi d'une manière notable, mais opaque et d'un blanc laiteux. On peut facilement se convaincre alors que ce changement dans les propriétés optiques de la cellule épithéliale tient à l'existence de gouttes de graisse dans son intérieur, absolument comme dans l'observation de Reichert sur le têtard. A quoi attribuer cette différence d'aspect d'une seule et même cellule, examinée dans deux circonstances opposées, sinon à ce que chez l'homme à jeun, la cellule, dans l'inaction, se trouve réduite aux éléments qui entrent dans sa composition comme organe solide, qu'elle est vide et transparente, parce qu'elle ne fonctionne pas ? Et l'on n'hésitera pas à attribuer la présence de gouttelettes graisseuses, dans son intérieur, à son activité propre, à sa fonction d'organe qui assimile et qui va transmettre la substance alimentaire, préparée par lui, aux courants circulatoires voisins.

Le rôle de la cellule épithéliale ne se borne pas à extraire de la masse chymeuse, et par une espèce d'attraction, des matières nutritives qui s'y trouveraient toutes formées. Tout prouve, au contraire, que le petit organisme en question jouit, en outre, de la propriété métabolique, comme disent les physiologistes allemands, c'est-à-dire qu'il fait subir aux substances dont il s'imbibe des transformations assez importantes pour en faire des matières nouvelles. L'observation de Reichert le prouve pour le têtard herbivore. L'observation suivante, faite sur l'homme, démontre que c'est là une loi physiologique générale : il s'agit d'un ouvrier, mort par accident sur le chemin de fer, en septembre 1842. Il venait de faire un repas copieux, exclusivement composé de pain et de raisins, comme le prouvèrent les renseignements que je pus recueillir, et comme le démontra mieux encore l'examen des contenta des voies digestives. La chymifi-

cation était en pleine activité, et dans les portions d'intestin qui venaient de recevoir les premières portions du chyme, l'épithélium était piqueté de blanc : cette coloration dépendait manifestement de gouttes de graisse accumulées dans les cylindres qui coiffent le bout des villosités. Voilà donc un exemple de production de graisse aux dépens de substances qui bien certainement n'en renferment pas beaucoup, et qui ne pouvaient guère offrir à l'assimilation que du gluten, de l'amidon et du sucre.

J'ai dit plus haut que, la vitalité de l'épithélium une fois bien constatée, c'est à lui qu'il faut attribuer la production du mucus intestinal ; et à l'appui de cette proposition (qui ne vous paraîtra plus aussi paradoxale depuis que nous avons vu la membrane en question douée d'un pouvoir transformateur évident), à l'appui de ce que j'avance ici pour soutenir une idée déjà émise par M. Reichert, je produirai les raisons suivantes. D'abord, en fait d'organe auquel nous puissions attribuer la production du mucus, je ne connais dans tout le canal intestinal que les glandes de Brunner, et celles-ci se trouvent concentrées exclusivement dans la partie supérieure du duodénum. Les organes ordinairement désignés sous ce nom, les soi-disant follicules isolés, et ceux qui constituent les plaques de Peyer, n'ont pas la moindre analogie de structure avec les glandes muqueuses. Ils n'ont de commun avec ces glandes que la petitesse et le siége : voilà tout. Les fossettes de Lieberkühn ne me semblent pas davantage mériter ces attributions. Je ne puis me persuader que la muqueuse, pour manifester une activité doublée en quelque sorte sur quelques points, s'amincisse justement sur ces points, y subisse une véritable perte de substance, car les soi-disant glandes de Lieberkünh ne sont pas autre chose. Cet amincissement agira-t-il en faveur de l'activité de la muqueuse, considérée comme organe sécréteur ? nullement. Venillez remarquer qu'il en résulte par contre un épaississement correspondant de l'épithélium ; que c'est encore cette membrane qui devra ici fixer exclusivement notre attention quand il s'agira de la recherche de l'organe producteur du mucus. Je me résume en disant que, si les fossettes de Lieberkünh sont à considérer comme appareils sécréteurs, c'est en permettant un épaississement de l'épithélium correspondant, et que cela prouve alors que la production du mucus est, pour sa quantité, en raison directe de l'épaisseur de l'épithélium ; que, par conséquent, c'est ce dernier tissu qui est la source du mucus.

Nous avons vu que l'épithélium, en se moulant sur la villeuse, en reproduit assez fidèlement la forme. En examinant superfi-

ciellement un lambeau d'épithélium, on croit voir un morceau de muqueuse, hérissé de villosités. Je me suis demandé si des apparences de cette espèce n'en auraient pas imposé souvent pour des portions de muqueuse expulsées avec les selles, dans certains cas où, sur ces produits, on dit avoir constaté la présence caractéristique des villosités, quand tout, d'ailleurs, excluait l'idée d'invagination ou de fausses membranes ? L'épithélium, je le répète, représente la muqueuse aussi fidèlement que ces lames de papier, obtenues par le procédé de l'estampage, reproduisent des détails de sculpture ou d'architecture.

Mes idées sur les altérations morbides de l'épithélium intestinal sont encore trop imparfaites pour que j'ose vous les soumettre. Pour faire voir l'importance de cette question au point de vue pathologique, je rappellerai seulement qu'on reconnut dans le temps que les excrétions intestinales si caractéristiques, observées dans le choléra épidémique, étaient presque exclusivement constituées par des débris d'épithélium ; et je termine en exprimant de nouveau l'espoir que cette notice, tout imparfaite qu'elle est, aura pour effet, en attirant votre attention sur un organe important et trop négligé, de hâter la constitution de son histoire pathologique.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 3. *Sur la chlorose des adultes;* par M. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

(Revue médicale, janvier 1846.)

Il est une maladie assez fréquente qui nous paraît avoir échappé jusqu'ici à l'observation de la plupart des praticiens. Cette affection, toujours grave lorsqu'elle est méconnue, c'est la *chlorose des adultes.*

Nous ne voulons point parler ici de cette décoloration du système cutané, dépendante d'une maladie antérieure, telle qu'une hémorrhagie, une fièvre intermittente, une lésion organique aiguë ou chronique, etc., mais de la chlorose essentielle, idiopathique, qui ne provient d'aucune autre cause que de celle qui la produit directement, c'est-à-dire d'un vice particulier de l'hémathose, et qui ne peut se dissiper que par le rétablissement de cette fonction dans son état normal ; maladie qui a ses caractères propres, sa marche particulière, par lesquels elle diffère

essentiellement des divers états chlorotiques avec lesquels on l'a confondue, et qui ne se dissipe que par un traitement, en quelque sorte spécifique, qui lui est particulier.

La chlorose n'est point l'attribut exclusif des jeunes filles pubères. C'est pour avoir méconnu cette vérité, que beaucoup de praticiens ont pris cette affection, chez les adultes, pour des lésions organiques diverses, qui n'avaient aucune réalité. Les uns voyaient dans la couleur pâle et jaunâtre des téguments les symptômes d'une lésion hépatique ; pour les autres, c'était la rate qui était le siége de l'affection ; ceux-ci attribuaient la dyspnée et les palpitations du cœur à une lésion de cet organe ou de ses gros vaisseaux, tandis que ceux-là y voyaient les symptômes d'une affection asthmatique.

De tous ces diagnostics si différents devaient nécessairement résulter des traitements dissemblables, souvent même opposés, et toujours, les uns et les autres, sans efficacité : c'est ce qui avait lieu, en effet ; et la chlorose semblait même y puiser une intensité nouvelle. On verra des preuves de la vérité de ces assertions dans les faits que nous allons bientôt rapporter.

La chlorose des adultes atteint indifféremment les individus de l'un et de l'autre sexe ; tous les âges y sont également prédisposés, et elle se manifeste dans toutes les conditions de la vie sociale. Nous l'avons vue sévir sur les individus livrés à la vie la plus active, aux travaux les plus pénibles, comme sur ceux qui vivaient dans la mollesse et dans l'oisiveté ; atteindre les individus sobres comme les intempérants, et ceux que la misère accablait, comme ceux qui vivaient dans l'abondance et qui jouissaient de toutes les commodités de la vie ; de sorte que l'on peut dire que les causes prédisposantes de cette affection forment encore un problème pathologique qui est loin d'être résolu.

Quant à sa cause prochaine, l'altération du sang, qui est presque entièrement décoloré, où la sérosité prédomine, la faiblesse générale, la langueur de toutes les fonctions, qui ne trouvent plus dans ce fluide un excitant assez actif, tout semble démontrer qu'elle réside dans l'altération de la fonction hématosique.

Quoi qu'il en soit, la maladie se manifeste par les symptômes de la chlorose des jeunes filles, tels que la couleur jaune-verdâtre de la peau, les conjonctives conservant leur blancheur normale, l'oppression pendant la locomotion, le bruit de souffle sur le trajet des carotides, etc., mais avec des modifications qu'il nous semble important de signaler.

La couleur cutanée est plutôt grisâtre, terreuse, que jaunâtre,

à cause de la rudesse de la peau et des rides qui y existent, surtout à la face ; les palpitations sont plus intenses, et il y a de plus un malaise profond, insupportable, désespérant, souvent avec penchant au suicide, ce qui peut-être constitue le *spleen* des Anglais, et une hémorrhagie anale plus ou moins abondante, qui survient à des intervalles irréguliers.

Alors se manifestent une langueur générale, le trouble de la fonction digestive, la perte de l'appétit, l'infiltration des membres inférieurs, et si la maladie est abandonnée à elle-même, il se forme un épanchement séreux dans l'abdomen, par l'atonie de l'absorption lymphatique.

Telle est la marche de l'affection chlorotique des adultes, qui, malgré sa gravité, ne résiste jamais aux secours de l'art, lorsqu'ils sont employés à temps ; on en jugera par les observations suivantes.

Obs. I. Le 14 février 1839, Marie M..., âgée de 26 ans, mariée sans enfants, régulièrement menstruée, éprouva au sortir d'un bal de nuit, où elle avait beaucoup dansé, une syncope, dont elle revint quelques instants après. Ramenée chez elle, il lui resta de la lassitude et un malaise général qui persistèrent pendant plusieurs jours. Elle commença alors à se décolorer, à éprouver de l'essoufflement en marchant, et un sentiment de lassitude qui la forçait à garder le repos. Il survint en même temps des bâillements fréquents, surtout le soir, des palpitations de cœur, une céphalalgie vive, avec des bruits dans la tête, et de l'assoupissement. Peu à peu l'appétit se perdit, la digestion des aliments devint pénible, et un poids fatigant se faisait sentir à l'épigastre après le repas.

Lorsqu'elle vint nous consulter, le 19 mars suivant, le malaise générale qu'elle éprouvait était inexprimable ; les membres inférieurs étaient infiltrés, et si nous nous en fussions tenu au premier aspect des symptômes, nous aurions cru à l'existence d'une lésion organique du cœur.

Mais considérant l'état de cet organe, dont les battements étaient réguliers et n'étaient pas plus étendus que dans l'état normal, et dont les bruits de contraction et de dilatation n'offraient aucune altération morbide, nous ne pûmes voir dans cette affection qu'un état purement chlorotique.

Nous prescrivîmes donc nos pilules. Le troisième jour, les symptômes avaient perdu de leur intensité, et le quinzième la guérison fut complète (1).

(1) Nos pilules furent administrées comme nous l'avons indiqué dans notre

Obs. II. — Le 20 juillet 1839, Magdelaine Fenouille, du village de Sernhac, âgée de 29 ans, vint nous consulter : elle avait une pâleur remarquable de la face, qui était comme bouffie, les membres abdominaux infiltrés de sérosité ; sa respiration devenait précipitée au moindre mouvement, et le cœur était alors agité par des palpitations violentes. Elle éprouvait de fréquentes lipothymies, une grande faiblesse dans le système musculaire, un bruit de souffle très-incommode dans les oreilles, et parfois si fort qu'il y avait surdité, une vive céphalalgie, qui augmentait pendant la locomotion, et qui s'accompagnait fréquemment de vertiges ; le sang des menstrues, régulières d'ailleurs, n'offrait qu'une sérosité rougeâtre. La malade était dans un état de tristesse et d'abattement dont rien ne pouvait la tirer. Elle nous donna, sur l'origine de sa maladie, les renseignements suivants.

Elle s'était toujours bien portée jusqu'au mois de juillet 1838, où, après une diminution graduelle, sans cause connue, de ses menstrues, elle les vit s'arrêter complétement. Dès lors sa maladie se manifesta par du malaise, une faiblesse générale et la décoloration de la peau; et bien que, quatre mois après, ses règles se fussent rétablies, l'affection dont elle était atteinte n'en poursuivit pas moins son cours.

D'après l'ensemble des symptômes qu'elle nous offrit, nous la jugeâmes atteinte de la chlorose des adultes, et les résultats thérapeutiques que nous obtînmes vinrent confirmer notre diagnostic. En effet, nous lui prescrivîmes nos pilules anti-chlorotiques, et vingt jours après nous apprîmes que tout le cortége des symptômes graves qu'elle nous avait offerts s'était complétement dissipé.

Obs. III. — Madame Senn. . . . . , âgée de 37 ans, éprouva, dans le mois de février 1839, un violent chagrin dont les atteintes se prolongèrent pendant un mois. Sa santé, parfaite jusqu'alors, en fut profondément altérée ; il survint une diarrhée fréquente, et l'appétit se perdit. Peu après, la face se décolora, des palpitations de cœur se manifestèrent ; la malade se trouvait fatiguée, oppressée au moindre mouvement : ses menstrues étaient régulières; mais le sang qui les composait n'offrait qu'une sérosité sanguinolente.

Tel était l'état dans lequel elle se trouvait lorsqu'elle vint

premier mémoire sur la chlorose, c'est-à-dire au nombre de trois par jour, une le matin, à midi et le soir, pendant trois jours; puis deux en une dose, matin et soir, pendant les trois jours suivants ; ensuite deux trois fois par jour, pendant le même espace de temps ; puis trois matin et soir, aussi pendant trois jours, et enfin trois, trois fois par jour, jusqu'à ce que la guérison fût obtenue.

nous consulter le 22 septembre suivant, huit mois après l'invasion de la maladie. Après nous être assuré que les palpitations ne dépendaient point d'une lésion organique du cœur, et qu'elles étaient simplement liées à un état chlorotique, notre avis fut qu'il fallait d'abord arrêter la diarrhée, complication qui aurait rendu sans effet le traitement de la chlorose, et qui en aurait acquis elle-même une grande intensité.

La muqueuse digestive n'offrant aucun signe d'irritation, nous prescrivîmes le diascordium à la dose de quatre grammes matin et soir, et des fécules pour toute nourriture. Trois jours après, le flux intestinal fut complétement suspendu. Nous mîmes alors la malade à l'usage de nos pilules, et vingt jours suffirent pour amener une entière guérison.

Obs. IV. — Le 1er avril 1840, Marie Ch. . . , âgée de 32 ans, régulièrement menstruée, était depuis quatre mois, et sans cause appréciable, chlorotique au plus haut degré : couleur pâle et verdâtre de la face, essoufflement au moindre mouvement, palpitations de cœur, infiltration considérable des membres inférieurs, faiblesse extrême, malaise général, sorte d'inquiétude hypochondriaque. Nous lui prescrivîmes nos pilules anti-chlorotiques, et le 10 du même mois, la guérison était complète.

Obs. V.—M. D....., de Lunel, âgé de 33 ans, homme de lettres, d'une forte constitution, vint nous consulter le 2 juin 1841, pour une affection dont il était tourmenté depuis plusieurs mois, et qui avait résisté à tous les moyens qu'on avait employés pour la combattre.

Il avait éprouvé d'abord une vive céphalalgie périodique, ayant son siége principal à l'occiput, et se propageant parfois jusqu'à l'un et à l'autre orbite. Cette douleur était aiguë, lancinante, et augmentait par les mouvements du corps. Peu de temps après survinrent la décoloration de la face, une grande faiblesse dans le système musculaire, des palpitations de cœur, et une grande dyspnée pendant la locomotion, un bruit de souffle dans les oreilles, de la fréquence dans le pouls, un malaise insupportable, une anxiété extrême, un découragement profond, et une inquiétude allant jusqu'au dégoût de la vie.

Parmi les médecins à qui il s'était adressé, les uns considérèrent la maladie comme une lésion organique du cœur, les autres comme une affection du foie, d'autres de la rate, et ils lui prescrivirent divers traitements, qui tous demeurèrent sans effet.

En examinant attentivement l'état du malade, nous nous convainquîmes que le cœur n'était point lésé essentiellement, que les palpitations de cet organe n'étaient que des symptômes

sympathiques liés à une autre affection, que le foie et la rate étaient dans leur état normal; et, d'après la pâleur de la face, le bruit de souffle dans les oreilles, la dyspnée pendant la locomotion, et l'état normal du malade, nous le jugeâmes atteint d'une chlorose portée au plus haut degré.

Nous lui prescrivîmes donc nos pilules anti-chlorotiques, et le 12 juin, c'est-à-dire après dix jours de traitement, il fut entièrement guéri.

Obs. VI.—Le 30 mars 1843, Gibert P....., du village de Fonvieille, agriculteur, ayant ordinairement la face vivement colorée, était devenu, depuis deux mois, sans cause connue, d'une pâleur extrême. Il éprouvait un sentiment profond de lassitude, de l'oppression en marchant, des palpitations de cœur, un bruit incommode dans les oreilles, et on entendait sur le trajet des carotides, au moyen du stéthoscope, un bruit de souffle très-prononcé.

La nature de la maladie ne nous paraissant point douteuse, nos pilules lui furent prescrites. Le 29 avril suivant, la coloration normale était revenue, et le 10 mai la guérison était complète.

Obs. VII.—Le 16 juin 1842, M. Claude R..., homme d'affaires, âgé de 35 ans, éprouva une vive affection morale qui le fit tomber en syncope. Peu après, la coloration de la face perdit de sa vivacité, et il se manifesta de temps à autre une hémorrhagie anale. La chlorose fit alors des progrès rapides : la pâleur augmenta; il survint de l'oppression pendant la locomotion, des palpitations de cœur, une douleur vive, pulsative, dans la tête, un bruit de souffle continuel dans les oreilles, une grande faiblesse générale, et l'œdématie des membres abdominaux.

Tel était son état, lorsqu'il vint nous consulter, le 26 juin 1843. Sa physionomie portait l'empreinte d'un profond abattement; il éprouvait un malaise inexprimable avec penchant au suicide. « Voilà plus d'un an que je souffre cruellement, nous dit-il, « personne n'a pu me soulager; vous êtes ma dernière ressource : « si vous ne me guérissez point, l'existence m'étant insuppor- « table, je suis décidé à en finir avec la vie. »

Après l'avoir rassuré sur son état, et lui avoir fait concevoir l'espérance d'une guérison prochaine, nous lui prescrivîmes nos pilules anti-chlorotiques.

Le 6 juillet suivant, c'est-à-dire après 12 jours de traitement, il ne restait plus de traces de la maladie.

Obs. VIII.—Jean H...., agriculteur, du village de Manduel, âgé de 60 ans, était chlorotique depuis cinq ans. Lorsqu'il vint

nous consulter, le 24 juillet 1844, sa face était pâle, comme bouffie; il éprouvait une grande faiblesse générale, des palpitations de cœur, et une dyspnée très-prononcée pendant la locomotion, un bruit de souffle fort incommode dans les oreilles et dans la tête, et, par intervalles, une hémorrhagie anale assez abondante, et dont le sang était décoloré. Les membres inférieurs étaient frappés d'œdématie, et le malade était tourmenté par un malaise profond, qui lui rendait l'existence insupportable.

Bien des traitements avaient été employés, mais sans aucun succès. Nous lui prescrivîmes nos pilules anti-chlorotiques, et dès le 6e jour, il y eut une amélioration sensible. Le 20e jour, la guérison fut complète; tous les symptômes, jusqu'à l'hémorrhagie adynamique, avaient disparu.

Conclusions.

Les faits que nous venons de rapporter nous donnent, ce nous semble, le droit de conclure :

1° Que la chlorose idiopathique peut affecter l'un et l'autre sexe;

2° Que tous les âges peuvent en être atteints;

3° Qu'elle se manifeste, chez les adultes, par des symptômes particuliers qui peuvent la faire confondre avec des lésions organiques graves;

4° Enfin, que, quelle que soit son intensité, elle ne résiste pas à nos pilules anti-chlorotiques.

Nota. Des faits, en grand nombre, nous ont démontré que nos pilules sont encore un spécifique contre les fièvres intermittentes, avec œdématie des membres inférieurs, qui ont résisté au sulfate de quinine et à tous les fébrifuges connus. On doit les administrer aux mêmes doses que dans la chlorose, et pendant l'apyrexie. Nous engageons les praticiens à les soumettre à leurs expériences.

---

4. *Note sur le traitement de la diathèse purulente;* par le docteur Jean-Paul Tessier, médecin des hôpitaux.

(Gazette médicale de Paris, N° 12, 1846.)

Après la grande réforme pyrétologique qui a conclu à la substitution d'une maladie essentielle, la fièvre typhoïde, à la pyrétologie arbitraire de Pinel, la question la plus importante qui ait été agitée de nos jours est celle de la phlébite, des abcès métastatiques, de l'infection purulente et de la diathèse purulente.

Aujourd'hui cette question me paraît résolue sous bien des rapports. Depuis longtemps les hypothèses du passage du pus dans le sang par absorption ou par mélange direct sont abandonnées généralement, et leurs principaux partisans regardent ces explications comme indémontrables. D'ailleurs, aucun travail, depuis dix ans, n'a été produit en faveur de ces théories mécaniques : le bon sens médical paraît encore devoir triompher sur ce point. On s'accorde à considérer la maladie désignée sous le nom de fièvre puerpérale comme identique à celle que l'on désigne sous les noms de phlébite, abcès métastatiques, infection purulente, diathèse purulente. Comme, sous ces divers noms, il s'agit de la même maladie, peu importe, en dernière analyse, le mot que l'on emploie pour la dénommer.

Toute la difficulté était de montrer que ce système de phénomènes morbides constitue une maladie essentielle, *sui generis*, indépendante de toute autre maladie, ayant par conséquent une existence pathologique propre, et devant occuper sa place dans la nosologie. Je crois que nous avons atteint ce but.

Mais à cela, c'est-à-dire à un problème théorique fort important, ne s'étaient pas bornées nos recherches. Nous avions établi quelques-unes des circonstances dans lesquelles la maladie sévit avec le plus de fréquence et de gravité, et maintenant personne ne conteste plus les dangers de la réunion, soit des blessées, soit des accouchées en grand nombre, dans une même salle. La question pratique avait donc été abordée par son côté étiologique.

Aujourd'hui nous venons examiner la partie la plus difficile de la question, c'est-à-dire le traitement de cette maladie.

La diathèse purulente débute quelquefois d'emblée ; d'autres fois elle est précédée d'une maladie dont elle viendra entraver la marche : tel est par exemple le cas des blessures diverses, fractures compliquées, plaies avec dénudation des os, plaies simples, opérations sanglantes, etc. Dans ces dernières circonstances, la diathèse purulente est assez fréquente pour qu'on ait à en redouter l'invasion, même à la suite de la plus simple division des parties molles. Toutefois, on sait bien que la gravité des blessures, la contusion des parties lésées, la commotion générale ou partielle, sont des motifs de crainte tout particuliers. De ces deux modes d'invasion, il résulte qu'un traitement bien ordonné serait à la fois curatif et préventif.

Traitement curatif.—Avant toutes choses, il est bon de rappeler l'aphorisme d'Hippocrate : *Qui sufficit ad cognoscendum sufficit ad curandum, et è contrario.* Or, rien n'est comparable, sous le

rapport de la difficulté du diagnostic, à la diathèse purulente. Elle présente un si grand nombre de lésions, et les habitudes organiciennes sont tellement enracinées, qu'ordinairement on prend la maladie qui débute pour une phlegmasie quelconque ; ensuite, quand les progrès de la maladie font voir autre chose, au lieu de mettre le doigt sur le mal en s'avouant que l'on s'est trompé, on cherche mille et une raisons pour expliquer cet état *vraiment extraordinaire* ; et quand on a jugé, en raison de tous ces graves phénomènes, qu'il y a évidemment *une profonde altération du sang* ou quelque *grand empoisonnement*, quelque *terrible intoxication*, on abandonne le malade à son sort.

La première condition du traitement est donc de laisser à la porte du malade et les profondes altérations du sang, et les grands empoisonnements, et les terribles intoxications. La maladie est bien assez difficile à suivre sans qu'on s'embarrasse l'esprit de ces lieux communs. On sait bien que, dans la diathèse purulente, le sang peut être transformé en pus : qu'en conclure? qu'il faut éviter cet accident comme les autres. D'ailleurs, la maladie n'a pas besoin, pour tuer ceux qui en sont atteints, d'altérer et de transformer leur sang en pus ; les accidents généraux qui portent sur les forces naturelles et vitales, les suppurations des diverses parties, suffisent pour amener ce résultat. Or, ce sont ces lésions, c'est cet état général qui fournissent les premières indications.

La maladie débute-t-elle par une inflammation, quel que soit le siége de celle-ci, veines, articulations, membres, utérus, péritoine, plèvres, méninges, etc., il faut autant que possible s'en rendre maître par une médication antiphlogistique appropriée, et qui consiste :

1° Dans l'application, sur les foyers inflammatoires, de 20 à 30 sangsues, répétée plusieurs fois dans les quarante-huit premières heures ;

2° Dans l'immersion des malades dans des bains tièdes aussi longtemps prolongés et aussi souvent répétés que les forces des malades le permettent ;

3° Dans l'immersion des membres affectés dans des bains locaux tièdes pendant l'intervalle des grands bains et des applications de sangsues. Quand c'est impossible, on a recours aux topiques émollients. Quelquefois il est nécessaire de pratiquer une large saignée du bras au début de la maladie, si le malade est pris d'une fièvre intense, avec chaleur sèche à la peau, céphalalgie, face vultueuse, dureté et fréquence du pouls. On attend ensuite l'invasion des affections locales pour agir ; quelquefois

celles-ci n'arrivent que le troisième jour ; dans ce cas, elles sont précédées de douleurs erratiques dans la continuité des membres ou même dans une ou deux articulations. Lorsque l'une de ces douleurs devient fixe et prédominante, on peut compter sur le développement d'un abcès, et il faut agir comme nous l'avons dit plus haut.

Une fois le malade réduit à l'état lypothymique par cette énergique médication antiphlogistique, les accidents sont modérés; mais la maladie n'est pas terminée, et si on abandonne le malade au cours des événements, on voit de nouveau les accidents reparaître, et le malade succombe plus ou moins rapidement : dans ces circonstances, il n'y a rien de bon à attendre ni de l'émétique à haute dose, ni de l'ipécacuana à doses répétées, ni du calomel, lorsque la maladie est grave. J'ai plusieurs fois enrayé la maladie avec le sulfate de quinine, lorsque les frissons se répétaient d'une manière assez régulière ; mais cette médication est le plus souvent infidèle dans les cas graves.

Voici le moyen qui m'a paru le plus efficace : lorsque le traitement antiphlogistique touche à sa fin, que le malade est dans cet état nerveux qui précède ou accompagne l'état lypothymique, j'administre l'alcoolature d'aconit de la manière suivante :

Pr. : Eau sucrée ou sirop simple. 250 grammes.
Alcoolature d'aconit. . 8 —

Mêler une cuillerée de cette liqueur à la boisson du malade, de manière qu'il ait pris au moins la moitié de la dose dans les vingt-quatre heures; continuer ensuite en augmentant ou en diminuant la dose, suivant la persistance des accidents ou suivant l'amélioration obtenue.

En même temps on facilite la résolution des foyers inflammatoires par des onctions d'une pommade à l'iodure de plomb contenant 3 grammes de sel pour 30 d'axonge : on recouvre le linge qui sert à l'onction avec des cataplasmes de farine de graine de lin.

En général, l'action thérapeutique de l'aconit n'est sensible qu'après douze heures de son emploi. Cette action consiste dans une rémission du mouvement fébrile, du malaise général et des accidents locaux.

Si l'on cesse trop tôt l'usage du médicament dont au reste on peut réduire la dose à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, lorsque la rémission se soutient; si, dis-je, on cesse trop tôt, les accidents reparaissent, et il faut se hâter d'avoir recours au médicament abandonné. Du reste, en général la maladie persiste,

suit sa marche, offre ses symptômes et ses lésions, mais à un degré modéré ; la différence capitale entre la diathèse purulente traitée par l'aconit et celle qui suit son cours naturel, c'est que la première est plus bénigne, quant à l'état général et quant à l'état local, que la dernière. La première m'a paru jusqu'ici se terminer assez promptement par la guérison, tandis que la seconde se termine promptement par la mort dans la très-grande majorité des cas. Voilà surtout en quoi la différence est capitale.

Est-ce là une illusion ? c'est ce que j'examinerai dans un instant. Poursuivons les indications.

Lorsque la maladie est très-grave, comme à la suite des grandes opérations, comme dans la diathèse purulente épidémique des femmes en couches, il faut se hâter de recourir à l'aconit dès le début des accidents, et presser les doses. Ce n'est souvent que lorsque l'économie est pour ainsi dire saturée du médicament que son action commence et s'annonce par une rémission appréciable et pour le médecin et pour le malade; du reste, l'expérience prononcera ultérieurement sur ces cas : ce n'est qu'après un grand nombre de faits qu'il sera possible d'arriver à la précision.

Traitement préventif. — Nous avons signalé plusieurs des circonstances dans lesquelles on peut redouter l'invasion de la diathèse purulente : tel est le cas des plaies qui suppurent, des accouchements pendant une épidémie puerpérale. Chez les malades placés dans ces conditions, l'administration de l'aconit ne présente que des avantages : d'une part, chez les blessés, ce médicament modère et l'inflammation et la fièvre ; de l'autre, chez la nouvelle accouchée qui ne nourrit pas son enfant, on ne voit pas *à priori* ce que pourrait avoir d'inconvénient l'usage d'un gramme d'alcoolature d'aconit pris chaque jour dans la tisane. J'ai eu trop souvent l'occasion de donner ce médicament pour redouter un résultat fâcheux; néanmoins l'expérience n'ayant point été faite pour les nouvelles accouchées, je dois me tenir sur la réserve. Il en est autrement des blessures, des phlegmons. Ici j'ai plusieurs fois conjuré un danger imminent de diathèse purulente, et je ne saurais trop appeler l'attention des chirurgiens sur ce traitement préventif : au lieu d'un régime banal, il serait fort simple d'administrer chaque jour à ces malades 1 gramme ou 2 d'alcoolature d'aconit dans un litre d'eau sucrée.

A l'appui du traitement préventif que je viens de conseiller, il est inutile de citer des faits, attendu que son efficacité ne peut être réellement appréciée que lorsqu'il aura été employé sur une

grande échelle, par exemple, dans quelques services de chirurgie des hôpitaux.

Quant au traitement curatif, jusqu'ici son efficacité ne s'est point démentie. Ainsi, en 1843, aux mois de novembre et de décembre, je fus chargé d'une maternité temporaire à l'Hôtel-Dieu annexe. On l'avait établie en raison d'une épidémie de fièvre puerpérale qui avait forcé d'évacuer l'hôpital de la Maternité. L'épidémie se manifesta dans nos salles. Ayant distingué avec soin les simples phlegmasies, les fluxions, des cas de fièvre puerpérale, nous dûmes reconnaître que le nombre des morts était exactement le même que celui des malades. Il en était de même, à cette époque, dans les autres services soit de Saint-Louis, soit de l'Hôtel-Dieu. Dans ces circonstances, après avoir employé sur 14 malades les traitements les plus vantés, je donnai l'aconit à la quinzième et à la seizième malade, préalablement soumises à la médication antiphlogistique. Ces deux femmes guérirent.

En raison du développement de l'épidémie, ce service fut supprimé ; je ne pus donc continuer l'emploi de ce moyen. L'année dernière (1845), j'en fis usage à la Charité et à l'hôpital Necker dans plusieurs cas de fièvre puerpérale qui guérirent parfaitement. La même chose se répéta deux fois en ville dans ma pratique particulière. Un de mes amis, M. Jousset, ayant administré ce traitement à deux malades de l'Hôtel-Dieu, vit deux cas d'une gravité extrême se terminer heureusement. Enfin, j'ai eu indirectement connaissance d'un fort beau résultat obtenu par M. Grapin, interne de la Pitié, auquel M. Davasse avait communiqué les résultats dont je parle. Quant à la diathèse purulente suite de blessures, je pourrais rappeler la maladie de M. Hélot, aujourd'hui chirurgien à Rouen, et qui, à la suite d'une piqûre d'amphithéâtre, fut très-gravement affecté. Après une médication antiphlogistique très-énergique, la rémission fut obtenue chez lui par l'administration de l'aconit. Toutefois il n'en suppura pas moins, on peut presque le dire, de la tête aux pieds.

M. Nélaton, qui fut témoin de ce résultat, et auquel je fis part des faits que je possédais déjà, eut dernièrement l'occasion d'administrer l'aconit dans un cas de diathèse purulente. Bien que la forme de la maladie n'ait point été grave chez ce malade, néanmoins je vais en donner l'observation, telle qu'elle a été recueillie par M. Davasse, interne du service.

Plaie de tête par arme à feu; diathèse purulente, forme légère; guérison.

Obs. — Le 13 décembre 1845, à dix heures du matin, un jeune homme de 19 ans, garçon épicier, Commelin (Albert), fut transporté dans un fiacre à l'hôpital Saint-Antoine, après une tentative de suicide qu'il venait d'accomplir dans cette voiture même.

Ce jeune homme, d'un caractère doux, mais sous l'influence d'un sentiment exalté, qui lui rendait insupportables quelques peines du cœur, bien insignifiantes au fond, ayant conçu le projet d'attenter à sa vie, monta le matin dans une voiture de place et se fit conduire directement au cimetière de l'Est. Au moment d'arriver, une subite explosion d'arme à feu se fit entendre dans la voiture, et le cocher, se retournant, aperçut dans le fond le jeune homme qu'il conduisait ayant le front meurtri et ensanglanté, et tenant encore dans la main l'arme dont il venait de se servir : c'était un pistolet de médiocre calibre, qui n'avait été chargé, au lieu de balles, que de six ou sept chevrotines, heureusement de petite dimension ; il avait été dirigé à bout portant contre le milieu du front, et bien qu'il dût en résulter un coup violent, le blessé ne perdit pas connaissance, et lorsqu'il fut transporté, une heure après, à l'hôpital, et couché salle Saint-Joseph, n° 4, l'état de commotion dans lequel il se trouvait n'offrait aucune gravité.

La plaie était située vers le milieu du front, un peu au-dessus de l'espace intersourcilier, sèche, noirâtre, béante, profonde. Sa configuration, en forme étoilée, était dessinée par des lambeaux allongés, anguleux, boursoufflés, noircis et brûlés par la déflagration de la poudre ; ils interceptaient au centre un intervalle arrondi, exactement de la même dimension que la bouche du pistolet, et figuré par la surface de l'os dépouillé du périoste ; au reste, point de fracture ni d'altération sensible dans cette surface osseuse, mise à nu ; aucun corps étranger n'était resté dans la plaie. La douleur ne paraissait point très-vive. Pour l'état général, il n'offrait rien à noter : constitution bonne, ayant les attributs du tempérament regardé comme sanguin ; teint légèrement pâle et rosé, ayant la transparence de la santé la plus parfaite.

M. Nélaton prescrivit immédiatement une large saignée du bras, de la glace dans une vessie sur le sommet de la tête ; inf. tilleul, simple compresse flottante sur la plaie.

Le malade passe assez bien la journée ; le soir, il répond à

toutes nos questions, peu multiplieés du reste. Il ne se plaint que de douleur à la tête, principalement à l'endroit de la plaie; le pouls s'est développé; il n'y a point de frisson ; la saignée du bras est renouvelée ; la nuit se passe sans sommeil.

Le lendemain 14, face vultueuse, pouls développé et fréquent; céphalalgie sus-orbitaire; nul engourdissement dans les membres. L'aspect de la plaie est le même à peu près. Le sang des deux premières saignées est un peu couenneux : on pratique une troisième saignée du bras, et le reste de la prescription. Aucun paroxysme le soir ; la nuit, peu de sommeil.

Le 15, la connaissance est toujours parfaite et l'état mental également calme ; mais la céphalalgie est plus prononcée, la douleur plus grande aux abords de la plaie, qui sont tuméfiés et présentent comme un empâtement œdémateux. Le pouls est égal, régulier, à 100 pulsations, la peau médiocrement chaude, la soif modérée, la langue blanche; anorexie ; constipation. Dans le but de prévenir le développement possible d'accidents cérébraux plus graves, M. Nélaton fait faire, pendant toute la journée, des applications continuellement renouvelées de deux sangsues aux apophyses mastoïdes ; il prescrit 60 centigr. de calomel à l'intérieur, et continue l'application de la glace ; un fragment d'éponge est laissé dans l'écartement des bords de la plaie.

Le soir, l'écoulement sanguin opéré par les sangsues paraît avoir beaucoup affaibli le malade. Vomissement de la tisane ; une seule déjection alvine.

Le 16. Bords de la plaie toujours noirâtres et comme desséchés. Tout autour, l'empâtement des parties molles s'étend jusqu'aux sutures fronto-pariétales. L'état général reste satisfaisant. (Même prescription, moins le calomel; en outre, quelques bouillons.)

Le 17. Le mouvement fébrile persiste un peu ; pouls à 96, égal, sans dureté. La plaie s'humecte par les produits de l'inflammation versés à sa surface ; la tuméfaction périphérique ne fait pas de progrès ; endolorissement; point de céphalalgie réelle ; engourdissement passager vers les extrémités. (Même prescription, plus 70 centigr. de calomel.)

Le soir, nulle exacerbation fébrile ; deux selles après le purgatif.

Le 18. Le matin à la visite, état très-satisfaisant ; bonne coloration du teint ; le pouls conserve seulement un certain degré de fréquence et la peau un peu de chaleur. Pas de céphalalgie ; quelques fourmillements dans les doigts de la main. La suppuration établie dans la plaie est d'un bon caractère ; on panse avec

soin. (Tilleul ; potion avec deux gouttes d'huile de croton ; glace sur la tête ; bouillons.)

Vers une heure après midi, frisson prononcé qui dure une demi-heure, et qui est suivi de vultuosité de la face, d'animation dans le pouls, de céphalalgie.

Le soir à cinq heures, encore de la chaleur ; sentiment de faiblesse et de prostration ; pâleur du visage ; toux avec quelques crachats aérés et parsemés de filets de sang ; du reste, rien de particulier dans la poitrine.

Le 19. A la visite, comme la veille à la même heure. La plaie prend un aspect vermeil ; pus abondant ; les lambeaux, jusque-là un peu déjetés en avant, devenus plus souples, se laissent rapprocher. Persistance de l'irritation bronchique.

A midi, frissons passagers, alternant avec des bouffées de chaleur.

Sur le déclin du jour, nouveaux frissons plus prolongés avec claquement des dents, horripilation, pâleur, suivis de réaction fébrile ; dans le paroxysme, peu de netteté dans les réponses ; abattement marqué. Dès le matin, M. Nélaton, discontinuant les applications de glace et les faisant remplacer par un large vésicatoire sur le cuir chevelu, avait prescrit en outre 50 centigr. de sulfate de quinine en potion, qui n'est donnée que dans la rémission.

Le 20. A dix heures du matin, frisson plus intense que les jours précédents ; le pouls est concentré et vite, le visage décoloré, les paupières cernées. La plaie du front présente néanmoins les meilleurs caractères : la suppuration est bien établie et abondante, les bords sont vermeils ; la surface dénudée de l'os prend un aspect grenu d'une teinte légèrement rosée. Après le frisson, point de céphalalgie ni de chaleur intense ; la face reprend seulement un peu de coloration, et le pouls les caractères qu'il avait auparavant.

Le diagnostic se confirme ; il n'y a pas le moindre doute sur l'existence d'une diathèse purulente, bien qu'aucun abcès n'apparaisse encore et que la plaie de tête se présente toujours avec les conditions les plus favorables. M. Nélaton manifeste un pronostic fâcheux ; il accepte de grand cœur l'essai de l'alcoolature d'aconit à l'intérieur. Cette préparation ne se trouvant pas à l'hôpital, on l'envoie chercher dans les pharmacies de la ville, et on ne la rapporte que le soir. Je l'administre à la dose d'un gram. dans 125 grammes d'eau distillée de menthe et 32 grammes sirop diacode, par cuillerée d'heure en heure.

Le 21. Le malade a terminé la potion. Point de frissons dans

la journée; seulement douleur intense fixée vers l'articulation du premier métatarsien avec le gros orteil du pied droit, où l'on trouve en effet une rougeur vive de la peau avec chaleur et tuméfaction, comme dans les forts accès de la goutte régulière; le moindre contact paraît très-douloureux. La plaie du front est en bon état de suppuration. (Presc. : Catapl. laudanisés au pied; 2 p. de solut. de groseilles; alcool. d'aconit, 150 centigrammes; 2 bouillons.)

Vers le soir et dans la nuit, les douleurs du pied deviennent de plus en plus vives.

Le 22. Les frissons manquent encore; chaleur médiocre de la peau; pouls à 100; teint coloré; un peu de prostration; persistance du catarrhe; quelques crachats muqueux striés de sang; point de céphalalgie. La plaie du front présente en quelques points l'affrontement direct de ses lambeaux par des bourgeons charnus. Au pied, la tuméfaction phlegmoneuse fait des progrès en s'étendant en arrière. (Même prescription.)

Le 23. Même état.

Le 24. Même état. A cause de la persistance de quelques symptômes gastriques, M. Nélaton donne, dans un pot de bouillon d'herbes, 15 gr. sulfate de soude et 5 centigr. de tartre stibié. On suspend pour un jour l'alcoolature. La boisson éméto-cathartique donne lieu à deux vomissements et à trois selles.

Le 25. Le phlegmon n'offre pas encore au pied de traces de fluctuation; les douleurs qu'il occasionne sont toujours excessives. A part cela, l'état général est bon : pouls à 95; chaleur douce; langue à peine blanche; la toux disparaît; l'appétit se réveille. (Prescription comme les jours précédents.)

Le 26. Tout allant bien, M. Nélaton suspend l'administration de l'alcoolature d'aconit.

Le 27. Une incision sur la face dorsale du pied, au niveau de la première phalange du gros orteil, donne issue à une petite quantité de pus bien lié et peu en rapport avec l'étendue de l'inflammation qui occupe une grande partie de la moitié antérieure du pied. L'apyrexie est complète. On permet deux potages et même une cuillerée de vin.

Le 28 au matin, nulle trace de fièvre; la plaie du front ne présente rien à noter que son bon état; l'abcès du pied laisse écouler du pus bien lié. Une demi-portion d'aliment. Le malade a bon espoir.

Vers une heure de l'après-midi survient un frisson inattendu qui dure dix minutes, et est suivi d'une réaction prolongée. Je

reprends immédiatement l'administration de la préparation d'aconit à la dose de 150 centigrammes.

Dans la soirée, la chaleur de la peau est moindre, le pouls à 95 ; pas de sueurs, mais quelques gouttes de sang s'écoulent par les narines ; sommeil.

Le 29. Mouvement fébrile continu sans rémission sensible ; sentiment de prostration ; selles insignifiantes. La plaie du front et l'abcès continuent à verser un pus de très-bon caractère ; l'abcès paraît provenir à la fois des parties molles et de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. On découvre en arrière, au milieu des parties molles qui restent tuméfiées, chaudes, tendues, douloureuses, rouges, une nouvelle collection purulente circonscrite qui est ouverte avec le bistouri, et qui contenait un pus homogène. (Prescript. *ut supra.*)

Dans la soirée, nouvelle épistaxis fort légère ; dans la nuit, le mouvement fébrile diminue.

Le 30. Chaleur normale ; pouls à 80, redoublé dans sa pulsation. Quelques bourgeons charnus apparaissent sur la surface rosée de l'os. Au pied, la tuméfaction diminue, et se circonscrit autour des deux abcès. (Même prescript.)

Vers le milieu de la journée, le malade se plaint, pour la première fois, d'une douleur profonde, gravative, dans la fesse du côté droit.

Le soir, cette douleur devient exacerbante ; les mouvements sont très-douloureux, surtout à la plus légère pression, et par conséquent l'exploration difficile. Je fais appliquer 40 sangsues sur la région douloureuse.

Le 31. L'état général est le même, mais avec un peu de malaise et d'accélération dans le pouls. Toujours de vives douleurs dans la fesse, où l'on ne perçoit pas néanmoins de tuméfaction notable. (Même prescript. ; 2 grammes d'aconit ; cat. laud.)

A midi, frisson intense prolongé pendant une heure et demie ; chaleur consécutive et animation du pouls ; la coloration du teint reste bonne. Je répète la potion d'aconit (1 gramme) dans la soirée.

Le 1er janvier 1846. Le matin, M. Nélaton fait avec le bistouri une ponction dans les parties molles de la fesse, et donne issue à une petite quantité de pus bien formé.

Vers trois heures de l'après-midi, frissons irréguliers suivis de réaction, sans sueur.

Le 2. Nouveau frisson peu intense dans la matinée pendant une heure et demie. Les abcès ouverts ne présentent rien de particulier ; les mouvements, celui du gros orteil, donnent lieu à un

craquement dans son articulation avec le premier métatarsien. La plaie du front continue sa cicatrisation. On continue la prescription.

Les jours suivants, les frissons ne reviennent pas ; le mouvement fébrile cesse peu à peu. Le malade revient entièrement à la santé. Les abcès ouverts laissent couler un peu de pus, puis se cicatrisent. La plaie du front présente l'évolution de bourgeonnements à la surface de l'os.

Rien de particulier depuis.

— Doit-on considérer l'aconit comme un spécifique contre la diathèse purulente, au même titre que le quinquina l'est contre la fièvre intermittente ? Je ne le pense pas. Il me semble jusqu'à présent, si on peut comparer deux agents thérapeutiques, que l'aconit agit dans la diathèse purulente à peu près comme l'émétique à haute dose dans la pneumonie. Du reste, je me borne dans cette note à signaler un fait pratique de la plus haute gravité. Il est absolument inutile d'en dire davantage.

---

5. *Recherches sur l'origine de la surdi-mutité;* par M. P. Menière, médecin de l'Institut royal des sourds-muets de Paris, agrégé de la Faculté, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 12, 1846.)

Il ne s'agit pas ici d'un travail nouveau sur ce point important ; je me propose seulement d'indiquer la marche à suivre pour arriver à des résultats utiles. Beaucoup de tentatives ont été faites dans ce but, et si, jusqu'à ce jour, elles n'ont pas encore éclairci cette question obscure, cela tient au défaut de méthode ou d'ensemble de ceux qui ont institué ces recherches. Tous ceux qui s'occupent de la surdi-mutité, à quelque titre que ce soit, éprouvent le désir de s'enquérir des causes qui ont produit cette infirmité fâcheuse ; mais ils ne savent, le plus souvent, de quel côté diriger leurs investigations, et ne recueillent que des renseignements incomplets.

Si l'on consulte les ouvrages spéciaux sur la matière, on y trouve des opinions spéculatives à la place des faits, des théories sur le froid, sur le tempérament lymphatique, sur l'hérédité ; et les esprits sérieux, ceux qui préfèrent les chiffres et les preuves aux allégations plus ou moins légères, ne savent à quoi s'en tenir sur les circonstances qui occasionnent la perte de l'ouïe, primordiale ou accidentelle. On ne sait pas même, avec un peu d'exactitude, le rapport qui existe entre la surdité congénitale et celle qui se développe dans la première année, entre cette dernière et

celle qui apparaît depuis un an jusqu'à 6 ou 7 ans, et même plus tard; et cependant chacun sent combien il importe d'étudier cette question si intéressante. La perte de l'ouïe, chez les jeunes enfants, a une influence si particulière sur toute leur vie, que l'on ne doit épargner ni temps ni soin pour arriver à reconnaître les causes qui ont produit ce fâcheux résultat.

Il y a longtemps que l'on a tenté de mettre ce projet à exécution. Dans plusieurs institutions de sourds-muets, l'on s'est occupé du soin de recueillir des renseignements sur les causes de la surdi-mutité des élèves, et des registres tenus à cet effet contiennent quelques documents utiles pour la solution de ce problème. L'Institut royal de Paris a fait imprimer, depuis plus de quinze ans, une série de questions adressées aux parents des élèves, et auxquelles ceux-ci doivent répondre exactement. Cet exemple a été suivi en Allemagne, en Italie, en Hollande et ailleurs; mais ces diverses questions n'ont pas été rédigées d'après un plan uniforme: elles sont loin de satisfaire le médecin qui recherche rigoureusement la vérité. Aussi, jusqu'à ce jour, n'a-t-on retiré que peu de fruit de ces renseignements.

Je suis convaincu qu'on ne pourra jeter quelque lumière sur ce point qu'en suivant une marche méthodique, régulière, et en interrogeant avec soin tout ce qui se rapporte à l'origine des individus. La science possède déjà un certain nombre de faits généraux qui doivent servir de base aux opérations consécutives : on sait, par exemple, que certaines localités présentent plus de sourds-muets que d'autres; que la Suisse, prise en masse et proportion gardée, en contient plus que la France; que quelques cantons de la Suisse en possèdent beaucoup plus que d'autres, etc. On sait encore qu'il y a des familles privilégiées, en quelque sorte, sous ce rapport; et ces faits acquis, reste à en trouver l'explication. Je ne prétends pas soulever le voile qui couvre ces mystères, mais je pense que l'on peut l'essayer, et avec quelques chances de succès. Voici les motifs sur lesquels je me fonde.

Les résultats statistiques consignés dans l'ouvrage de Schmalz, ceux qui ont été publiés dans la troisième circulaire de l'Institut royal des sourds-muets de Paris, prouvent que la proportion des sourds-muets aux entendants est loin d'être la même dans les divers États de l'Europe. Il y a même à cet égard des différences si considérables, qu'on serait porté à croire qu'elles tiennent à des recensements inexacts. Entre un sur cent et un sur trois mille, la marge est grande, comme on le voit; et s'il fallait accepter ces chiffres comme réels, officiels, l'étiologie de la surdi-mutité serait bien moins difficile. En effet, si certains cantons de

la Suisse comptent un si grand nombre de sourds-muets, on se trouve naturellement porté à en conclure que cette localité offre des conditions spéciales qui occasionnent cette plus grande fréquence, et il ne s'agit plus que de la déterminer d'une manière positive. Si, d'une autre part, l'Angleterre, la Suède, la Prusse, voient diminuer le nombre des sourds-muets et ceux-ci devenir une rare exception, il faudra bien reconnaître que là se trouvent des circonstances favorables qui manquent plus ou moins dans d'autres pays. Ceci se réduit donc à une question d'hygiène générale, et c'est le premier point sur lequel je crois devoir insister.

Tout le monde sait que l'homme, quelque habile qu'il soit à lutter contre les influences climatériques, subit de profondes modifications de la part des milieux ambiants. Les peuples qui occupent les principales divisions du globe, doivent aux pays qu'ils habitent des caractères physiques spéciaux, des formes générales qui constituent les races et se conservent en dépit des migrations les plus lointaines. Cette première vérité conduit à une autre que voici. Les climats exagérés, exclusifs, où règnent constamment certains états atmosphériques, produisent bien plus efficacement encore des dispositions organiques qui rompent l'équilibre et constituent des individualités très-tranchées et voisines de l'état maladif. Or, ces diverses manières d'être se propagent et s'accroissent dans les générations successives; elles deviennent, aux yeux de l'observateur, de grandes expériences dont la nature fait les frais, et qui contribuent singulièrement à dévoiler l'origine de beaucoup de maladies constitutionnelles.

Pour nous borner ici au point en question, peut-on dire que certains climats favorisent la surdi-mutité congéniale? L'observation directe prouve-t-elle que quelques localités renferment un plus grande nombre de sourds-muets que la plupart des autres pays? Les renseignements recueillis jusqu'à ce jour démontrent clairement l'affirmative, et l'on ne peut rien opposer à ces chiffres positifs. L'Europe centrale et les États-Unis d'Amérique ont procédé à des recensements dont l'exactitude est suffisamment garantie pour que l'on doive en tenir compte dans un travail comme le nôtre, et nous nous en contenterons jusqu'à nouvel ordre.

Il y a, dans le canton de Berne (1), un sourd-muet sur deux cents habitants; dans le canton de Zurich, la proportion est d'un

(1) Voir les *Annales de l'éducation des sourds-muets et des aveugles*, revue des institutions qui leur sont consacrées en France et à l'étranger; par M. Ed. Morel. Paris, rue de l'Est, 21.

sur neuf cents. Nous avons lieu de croire que la plupart des autres cantons flottent entre ces deux limites, et qu'en somme la Suisse offre beaucoup plus de sourds-muets que les autres États de l'Europe. Voilà le fait tout simple ; mais quelle en est la cause, et peut-on l'apprécier ?

Tous ceux qui ont parcouru la Suisse et qui ont examiné avec soin l'espèce de maison appelée *chalet*, ont été frappés des inconvénients nombreux de ce genre de construction. Tout, dans ces sortes d'habitations, semble avoir été disposé pour empêcher l'action bienfaisante de l'air et de la lumière. Je ne parle pas de ces chalets de plaisance, pavillons élégants destinés aux gens riches, aux voyageurs, et qui offrent en général tous les petits perfectionnements dus aux progrès du luxe et à la nécessité du confort. Il s'agit des chalets obscurs, écrasés, noircis et moisis par le temps et l'humidité, percés de petites fenêtres rarement ouvertes, coiffés de ces toits immenses qui mettent la famille, les bestiaux et les fourrages à l'abri de la pluie ; il s'agit de ces maisons en bois qui constituent de pauvres villages perdus dans les vallées de Thun, de Signau et de Schwarzenburg ; et ceux qui ont pris la peine de pénétrer dans ces sombres demeures se demandent comment on peut vivre dans ces tristes boîtes où l'on respire à peine un air imprégné de telles odeurs. En voyant s'agiter dans cette demi-obscurité de nombreuses familles mal vêtues, mal nourries, offrant de toutes parts la preuve d'une malpropreté originelle et permanente, on se demande comment l'espèce humaine résiste aux causes de destruction qui sont accumulées dans ces pauvres maisons. En voyant tant d'enfants rachitiques, scrofuleux, idiots, sourds-muets, on cesse de s'en étonner, parce que, aux yeux de l'observateur, tout se réunit pour constituer un séjour insalubre au plus haut degré. Cette cause de détérioration de l'espèce est si évidente, si palpable, que l'on ne peut la méconnaître, et que des personnes étrangères à l'hygiène déplorent une telle incurie et plaignent ceux que la misère ou l'ignorance réduisent à s'accommoder d'habitations semblables.

En voyant les tristes résultats que produisent, sur certains ouvriers, le séjour prolongé dans des caves humides et obscures, l'étiolement des races parmi les tisserands, les mineurs, la détérioration profonde que subissent, dans les grandes villes, tant d'artisans qui travaillent en chambre, on arrive à cette conclusion : que le genre de vie a une influence énorme sur la constitution des individus. Tous les inconvénients précédents se rencontrent dans les chalets suisses, et leur mode d'action sur leurs habitants est singulièrement favorisé par d'autres conditions dont

il faut tenir compte. La nourriture des familles suisses se compose presque exclusivement de laitages, de légumes, de pain grossier, mal cuit, et ces moyens de réparation sont loin de pouvoir contre-balancer l'action débilitante des causes générales. Les individus mal nourris sont sujets à une foule d'incommodités graves : nulle part on ne trouve autant d'affections vermineuses chez les enfants ; le tœnia est endémique dans beaucoup de cantons de la Suisse ; et enfin l'exagération du système lymphatique entraîne comme conséquence les affections strumeuses les plus caractérisées. La scrofule se montre partout ; elle détermine le goître dans le canton de Vaud, le crétinisme dans le Valais ; la taille se rapetisse, les articulations s'engorgent, les dents s'altèrent, l'organisme tout entier porte le cachet spécial de cette diathèse immonde, l'espèce s'abâtardit, l'intelligence se déprime, et sous l'influence de cette cause active, l'humanité ne présente plus à l'observateur qu'un spectacle profondément déplorable.

Et comme si toutes ces circonstances ne suffisaient pas pour assurer ce triste résultat, il s'y joint une autre cause plus grave peut-être, et qui, dans l'ordre physique, est plus efficace encore pour vicier les générations futures dans leur source même : je veux parler des mariages mal assortis, qui donnent lieu à des produits faibles, altérés, et compromettent l'avenir des races. Les mariages, en effet, pris dans le sens matériel et au point de vue de leur résultat physique, doivent remplir certaines conditions qui assurent leur succès et garantissent la valeur des enfants qui en proviennent. L'expérience des siècles prouve que les races se perfectionnent ou se détériorent, suivant que les unions ont lieu dans certaines conditions d'une appréciation facile. Le plus simple bon sens, l'analogie la plus vulgaire, devraient conduire les hommes à l'observation de certains principes dans l'association des êtres que l'on marie ; on devrait croiser les races, corriger les défauts d'une famille par un état contraire pris dans une autre famille, de façon à obtenir des produits moyens, perfectionnés par cette combinaison de qualités opposées. Il n'est pas un agronome, pas un éleveur qui ne connaisse ces éléments vulgaires de toute bonne exploitation rurale : on sait varier les produits suivant le sol, renouveler les semences dans les terrains épuisés ; on sait accoupler telle espèce avec telle autre pour obtenir à coup sûr des individus possédant certaines qualités ; on sait cela et bien d'autres choses encore ; mais on oublie ces simples leçons de l'expérience quand il s'agit de l'espèce humaine. On marie un garçon blond et délicat à une jeune fille lymphatique, et l'on déplore la faiblesse originelle des enfants qui en résultent. On

compose ces sortes de réunions sans tenir compte des antécédents de la famille. On oublie qu'il y a des scrofuleux, des phthisiques, des idiots ; on ne veut pas compter une longue suite d'enfants morts en bas âge de convulsions, de méningites, de fièvres cérébrales, et l'on choisit un survivant de cette famille à système nerveux exagéré pour le marier à un individu qui présente des conditions semblables. Et l'on s'étonne après cela de voir ce mariage affligé de nombreux décès parmi les enfants qui en naissent ; on se plaint d'une union stérile, on regrette de voir s'éteindre une famille, un nom, et l'on ne songe pas à la cause qui a entraîné ces funestes résultats !

Il y a là, comme on le voit, une belle thèse à soutenir, et les arguments ne manqueraient pas plus que les faits pour démontrer la nécessité de suivre une autre voie. Le temps n'est pas loin, je l'espère, où la médecine interviendra dans cette grave affaire. On consultera le médecin avant de décider un mariage ; on s'enquerra soigneusement des antécédents d'une famille avant de contracter ces unions intimes ; on voudra assurer le sort des descendants ; on prendra souci du bonheur de la progéniture, et l'on ne croira pas avoir tout fait en réunissant des fortunes égales, des héritages considérables. On s'occupera de léguer à ses enfants une constitution saine et robuste, une bonne santé, éléments de bonheur plus certains, plus positifs que l'argent.

Les pays pauvres, les populations peu nombreuses réunies dans des localités étroites, isolées par des accidents de terrain, sans communications faciles et habituelles avec les grandes villes, où par conséquent les intérêts se concentrent, où le mouvement civilisateur est lent, où la routine exerce un empire souverain, où les mœurs se conservent pures, dit-on, ces pays qui, comme la Suisse, sont partagés en provinces rivales, et où l'esprit de caste, les idées religieuses dominent le corps social, ces pays sont précisément ceux où les mariages s'éloignent le plus des principes médicaux ou physiologiques que je viens d'indiquer : ils pèchent par divers points sur lesquels je crois nécessaire de donner quelques détails.

L'âge des conjoints a une influence directe sur les produits de la conception. Les mariages entre individus très-jeunes sont souvent stériles, ou du moins les enfants qui en naissent sont faibles et succombent aux maladies du jeune âge. Cela s'observe surtout dans les familles où la puberté est tardive. Dans plusieurs cantons de la Suisse, la police est très-sévère à l'égard du libertinage ; la prostitution n'est ni tolérée ni organisée, comme cela se voit partout ailleurs dans un but de salubrité publique : les jeunes

gens que leur position rend sédentaires doivent se marier de bonne heure, et c'est ce qui arrive souvent. A mesure que l'on pénètre davantage dans les localités plus restreintes, où tout le monde se connaît, s'observe et se surveille, la nécessité d'une union précoce se fait sentir plus vivement, et de là le peu de valeur des produits d'une virilité prématurée.

La différence d'âge entre les époux donne lieu à des remarques qui ne sont pas sans importance dans la question que nous traitons en ce moment. Voici des faits qui ne sont pas encore assez nombreux pour entraîner conviction, mais que l'on doit prendre en considération dans la recherche des causes déterminantes de la surdi-mutité congénitale. J'ai souvent noté que les parents des sourds-muets offraient entre eux un rapport d'âge tout à fait remarquable. Dans beaucoup de cas, le mari est plus jeune que la femme; souvent ils ont, à très-peu de chose près, un nombre égal d'années, et très-rarement il existe un rapport contraire. Voici comment les choses se passent habituellement. On sait que dans les campagnes beaucoup de filles laborieuses et économes amassent leurs gages, entassent leurs petits profits, grossissent sans cesse leur pécule, et arrivent à trente ou trente-cinq ans sans avoir songé à se marier. La possession d'un petit trésor attire les prétendants, et dans la plupart des cas, un jeune homme de 20 à 25 ans, sans fortune, épouse la vieille fille, prend une ferme à exploitation et fonde une famille nouvelle. Ces sortes de mariages sont très-communs dans les pays pauvres, et, pour ma part, j'ai eu l'occasion d'en constater un bon nombre parmi les ascendants de nos élèves sourds-muets. Cette grande différence d'âge entre le père et la mère doit-elle être regardée comme une cause de détérioration du produit de sa conception? peut-on tirer de faits semblables, et assez nombreux, une conclusion directe et formelle contre les mariages de ce genre? Je ne crois pas qu'il soit rigoureusement possible d'établir la chose en principe et de formuler d'avance les suites désastreuses que doivent avoir, pour les enfants à naître, ces mariages disproportionnés. Cependant, en se rappelant les faits consignés dans les divers mémoires de M. Girou (de Buzaringue), on devra regarder ces conditions d'âge comme défavorables et de nature à compromettre l'avenir de ces familles. Il est à remarquer que le rapport opposé, c'est-à-dire le mariage entre un homme de 40 à 50 ans et une femme de 18 à 25, n'a pas autant d'inconvénients : au moins n'ai-je pas eu l'occasion de noter ce fait parmi les nombreux parents de sourds-muets que j'ai interrogés depuis huit ans. Tout le monde sait que la puissance fécondante de l'homme se développe plus tard et dure plus long-

temps que celle de la femme. Ce fait, parfaitement exact dans la généralité des cas, rend compte de l'innocuité des mariages entre les hommes déjà âgés et les femmes très-jeunes ; il explique également le bon état des enfants qui naissent de ces unions, et sert de base à ce dicton proverbial que les vieux maris sont souvent de jeunes époux. Les efforts tardifs de la puissance génitale sont d'ordinaire très-efficaces, et beaucoup de jeunes femmes, en pareil cas, deviennent rapidement mères de plusieurs enfants robustes qui réjouissent la vieillesse du père et anéantissent les espérances de collatéraux avides.

Il est une autre circonstance que nous devons signaler ici, parce qu'elle nous a paru, dans beaucoup de cas, exercer une influence directe sur le développement de la surdi-mutité congénitale : je veux parler des divers degrés de parenté qui existent entre les deux époux. Il se fait beaucoup de mariages entre cousins germains; les enfants des deux frères, des deux sœurs, ou du frère et de la sœur, se marient entre eux, et, à plus forte raison, dans des degrés de parenté moins rapprochés. La loi civile ne met aucune restriction à ces unions de familles ; elle laisse à cet égard liberté complète aux contractants, et ne prend aucun souci des conséquences qui en peuvent résulter. Le respect pour la liberté individuelle est poussé à l'extrême; chacun choisit à son gré la femme qui lui convient le mieux : la science n'est pas consultée, et les résultats de l'expérience sont comme non avenus en pareil cas. La loi religieuse nous semble beaucoup plus sage. On sait combien il existait autrefois d'empêchements dirimants aux mariages entre parents, et combien était rigoureux sur ce point le pouvoir des évêques et des papes. La sévérité dans les temps anciens était sans doute exorbitante; mais elle était basée, suivant nous, sur des principes exacts que l'on a eu le grand tort de méconnaître de nos jours. L'église, en interdisant le mariage à tous les degrés de parenté, avait en vue le croisement nécessaire des races, la dispersion des familles, et par suite le perfectionnement de l'espèce. Dans l'antiquité, on avait promptement reconnu les inconvénients attachés à ces unions qui tendaient à rétrécir le cercle de la famille, à concentrer les mêmes intérêts dans un petit nombre de mains, et à créer des puissances isolées et nécessairement envahissantes. Aujourd'hui, l'état civil domine tout, les dispenses ecclésiastiques pour les mariages entre parents, à quelque degré que ce soit, s'obtiennent nécessairement; les intérêts de fortune qui motivent ces sortes d'unions ne viennent plus échouer contre un pouvoir qui ne transigeait presque jamais. Aussi voit-on se multiplier des ma-

riages qui sont contraires aux plus simples notions de l'expérience et du bon sens.

Ils sont surtout très-nombreux dans des localités restreintes, comme le sont certains cantons de la Suisse, quelques îles du littoral occidental de la France, certaines petites villes éloignées des grands centres de population, et partout enfin où des habitudes sédentaires, une vie calme et peu de besoins s'opposent aux migrations des jeunes gens. Il résulte de là que les familles ne contractent pas d'alliances avec les étrangers, que le sang ne se renouvelle pas, que des constitutions identiques se trouvent corroborées par des éléments semblables, et que les générations successives se perpétuent avec leurs caractères propres, jusqu'à ce que l'exagération même de ces états originels entraîne la perte des individus et l'extinction définitive de la famille.

Il est de fait que beaucoup de sourds-muets sont nés dans des circonstances de ce genre. Je publierai plus tard le résultat de mes recherches sur ce point étiologique; mais je puis affirmer dès aujourd'hui que les cas de surdi-mutité congéniale observés dans des familles ainsi constituées sont assez nombreux pour être pris en sérieuse considération. Il importe donc beaucoup d'être prévenu de la possibilité de ce fait singulier, afin de ne négliger aucune occasion d'observer des faits nouveaux et de recueillir avec le plus grand soin les renseignements capables d'éclaircir cette question si intéressante.

En Suisse, dans les contrées où chaque subdivision d'un état comporte une population peu nombreuse, il serait facile d'arriver promptement à la solution de ce problème. Les registres de l'état civil ne sont peut-être pas tenus avec une régularité suffisante, peut-être aussi sont-ils entre les mains des ecclésiastiques ; mais en tout cas on pourrait avoir des renseignements sur les familles, sur leurs alliances, sur les naissances, et enfin sur l'état de santé des enfants. Si le gouvernement ordonnait une enquête, si l'on notait avec soin tous les cas de surdi-mutité qui se rencontrent, et si l'on recherchait toutes les circonstances qui s'y rattachent, je ne doute pas que l'on n'arrivât promptement à des résultats importants.

Ainsi donc il résulte de tout ce qui précède que la surdi-mutité congénitale se rencontre très-fréquemment dans des pays où les habitations sont assez malsaines pour altérer gravement la santé générale des individus, où les familles, par suite de circonstances locales, contractent des mariages mal assortis pour l'âge, et enfin où ces mariages ont lieu entre les membres des mêmes familles. Ces trois points principaux n'ont pas tous une

égale importance, ils ne sont pas également prouvés par des séries d'observations nombreuses et concluantes ; mais ils le sont assez pour mériter d'être pris en considération par les bons observateurs. L'attention dirigée sur ce sujet ne tardera pas à découvrir de nouveaux rapports entre la surdi-mutité et les circonstances au milieu desquelles on la voit apparaître. Voyons, par exemple, si l'hérédité, toujours invoquée comme cause dans les maladies congénitales, exerce une influence réelle quand il s'agit de surdimutité. (*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE. — 6. *Recherches sur les névralgies traitées par le quinquina et ses préparations ;* par le docteur E. HERMEL.

(Gazette médicale de Paris, N° 8, 1846.)

Nous allons parler dans ce mémoire des névralgies intermittentes, rémittentes, et de leur traitement.

Le type est le point capital, il est vrai, d'où nous tirons l'indication ; mais, comme dans toutes les maladies intermittentes, il est soumis lui-même à des contre-indications. C'est pour cela qu'il faut établir des distinctions entre ces névralgies, qui souvent n'ont que le type de commun entre elles. En effet, parmi les névralgies intermittentes et rémittentes qui vont nous occuper, nous verrons qu'il en est qui sont essentielles, d'autres qui sont symptomatiques. De cette différence, il doit nécessairement naître des considérations qui confirment ou qui nient l'emploi d'une même médication, bien qu'elle soit d'un avantage général dans le type dont nous parlons. Cette thérapeutique est l'emploi de l'antipériodique par excellence, le quinquina et ses préparations.

Nous allons donc vérifier dans les observations qui suivent : 1° la valeur du type intermittent et rémittent comme indication dans les névralgies ; 2° constater l'efficacité des préparations de quinquina dans ces maladies. Nous terminerons par un exemple dans lequel cette médication échoua, et nous verrons dans quelles circonstances.

Névralgie intermittente essentielle du nerf trifacial du côté droit, datant de six semaines environ, guérie momentanément en quatorze jours par le sulfate de quinine ; reparue six jours plus tard sans régularité dans les accès, guérie momentanément par deux applications de l'électro-puncture ; rechute au bout de trois jours ; guérison définitive par une troisième application de l'électro-puncture.

OBS. I. — Le 6 septembre 1842, nous vîmes la nommée

Godard, âgée de 25 ans, relieuse. Elle travaille depuis longtemps dans un atelier, ayant continuellement du papier mouillé étendu au-dessus d'elle. Deux ans auparavant, elle a éprouvé de violentes douleurs à la tête ; mais nous ne pouvons affirmer sur son dire que c'étaient des névralgies.

A la fin du mois de juillet précédent, elle sentit un soir une douleur lancinante à la partie supérieure du pariétal droit, se dirigeant vers l'occiput. Depuis, des douleurs semblables se sont renouvelées toutes les nuits et se sont étendues au trajet des nerfs sus et sous-orbitaires, mentonnier et temporaux ; en arrière, elles gagnaient plusieurs rameaux des nerfs occipitaux. Pendant quatre jours elle employa des bains de pieds, des lavements et une tisane insignifiante sans aucun avantage.

Elle entra à l'Hôtel-Dieu annexe, où M. Requin la guérit en quatorze jours par l'usage du sulfate de quinine et du sous-carbonate de fer. Alors elle voulut, malgré les conseils de ce médecin, revenir chez elle, et cessa de prendre du sulfate de quinine. Six jours étaient à peine écoulés, elle avait repris son travail, les mêmes douleurs reparurent avec la même intensité. Cette fois, elles étaient presque continues ; il n'y avait plus une intermittence régulière évidente ; les accès duraient quelquefois vingt heures.

Lorsque nous l'examinâmes dans l'intervalle d'un accès, tout le côté droit de la tête était endolori ; le trajet des nerfs indiqués plus haut était douloureux à la pression du doigt ; la partie supérieure et moyenne du pariétal était le siége de battements continuels et d'une chaleur appréciables à la main ; c'était là qu'avaient commencé les douleurs.

Le 6 septembre, nous essayâmes l'électro-puncture. Après son application, elle n'éprouva plus d'autres douleurs qu'un léger engourdissement dans les parties affectées.

Le lendemain 7 septembre, nous appliquâmes de nouveau l'électro-puncture ; elle en éprouva le même soulagement immédiat.

Le 8, de nouvelles douleurs ne s'étaient point fait ressentir ; la place occupée par les aiguilles était seule sensible à la pression ; comme elle, nous la crûmes guérie. Mais trois jours après, le 11 du même mois, elle réclama nos soins de nouveau, pour la même maladie. Elle fut soumise au même traitement, et s'en trouva aussi bien immédiatement après. Cependant nous convînmes que si elle éprouvait une rechute nouvelle, elle retournerait à l'Hôtel-Dieu annexe pour être traitée par le sulfate de quinine qu'elle ne pouvait se procurer.

—Nous devons remarquer ici : 1° l'indépendance de la névralgie par rapport à toute autre affection ; 2° la fixité de son siége primitif ; 3° la régularité des accès ; 4° la tendance aux récidives avec irrégularité des accès ; 5° le mode d'apparition des douleurs.

A. Par l'indépendance de cette névralgie, nous reconnaissons sa nature essentielle.

B. La fixité du siége primitif n'a pas été absolue, puisque les douleurs se sont étendues à d'autres rameaux nerveux, mais sans abandonner le premier siége ; c'est encore un caractère que nous donnons en général comme un caractère de la névralgie essentielle.

C. La régularité des accès nous donne le type intermittent et nous indique l'emploi du quinquina et du sulfate de quinine, qui guérirent en effet la maladie momentanément.

D. La tendance aux rechutes est commune aux névralgies intermittentes comme aux fièvres qui affectent ce type, si l'on n'insiste pas assez longtemps sur la médication.

E. Le mode d'apparition des douleurs, qui se fait d'emblée, sans être précédé de frisson, ni de chaleur, ni de fièvre, confirme l'essentialité de la névralgie intermittente ; il prouve son indépendance même d'une fièvre intermittente, et fournit par cela même des signes sur lesquels nous attirerons l'attention quand il en sera temps.

Nous n'avions point de renseignements ultérieurs sur cette malade, lorsqu'elle vint nous voir pour un autre motif le 20 août 1843, c'est-à-dire un an après. Elle nous apprit que depuis la troisième et dernière application de l'électro-puncture, elle n'avait éprouvé aucune douleur nouvelle. Malgré ce résultat si heureux, nous devons dire que nous n'aurions point fait ces applications de l'électro-puncture, si la malade ne l'avait pas demandé avec instance, parce qu'elle ne pouvait se procurer de sulfate de quinine à cause de son prix élevé, et qu'elle éprouvait une grande répugnance à rentrer à l'hôpital.

Névralgie intermittente essentielle revenant périodiquement, datant de quelques jours; modifiée au cinquième accès après l'administration du sulfate de quinine ; guérie en quatorze jours par ce médicament.

Obs. II. — Le 31 janvier 1843, le nommé Euvrard Louis entra à la salle Sainte-Madeleine, n° 6, puis n° 17 de l'Hôtel-Dieu.

Il y a six ans qu'au mois de février il éprouva des douleurs violentes au front, aux sourcils, aux tempes et à la partie supé-

rieure du nez. Ces douleurs avaient été précédées d'un coryza de quelques jours et de douleurs de tête, jusqu'au moment où elles prirent un siége et une heure d'apparition fixes. Tous les matins elles reparaissaient et duraient de six à huit heures. Il prit du sulfate de quinine et fut guéri en huit jours.

L'an dernier (1842), à pareille époque, des douleurs semblables reparurent au même lieu et de la même manière; il guérit de nouveau par l'usage du sulfate de quinine.

Cette année (1843), les douleurs sont plus vives que jamais ; elles siégent des deux côtés sur le rameau frontal du nerf trifacial, sur les deux branches nasales de ce nerf qui s'anastomosent entre elles, et aux tempes sur quelques rameaux que l'on ne peut préciser aussi bien. Elles ont été précédées de quelques maux de tête vagues et d'un léger coryza avec écoulement de mucosités, qui a cessé dès la brusque apparition des douleurs. Les accès commencent le matin de 6 à 8 heures, sont très-violents jusqu'à midi, et diminuent peu à peu. Ils ne sont précédés d'aucun frisson ni suivis d'aucune sueur. Pendant leur durée, le trajet des nerfs indiqués plus haut est très-sensible à la pression; cependant elle n'exaspère pas la douleur aussi violemment que dans la plupart de ces névralgies. La limite des douleurs accusées par le malade n'est pas bien déterminée ; elle représente, à son dire, une surface triangulaire dont la base serait tournée en haut vers l'origine du cuir chevelu et le sommet à la racine du nez; le médecin, par la pression du doigt, les circonscrit mieux, et peut en déterminer le siége dans les rameaux que nous avons nommés.

Pendant les accès, les muscles frontaux, sourciliers, orbiculaires des paupières, sont dans une contraction forcée et presque permanente; mais il n'y a point de convulsion. Le malade est dans un état de spasme indicible; il se tient sur son séant, s'appuie la tête dans les deux mains, s'accroupit sur son lit, se recouche, étend les bras au hasard et saisit tout ce qui se présente; ses yeux s'ouvrent et se ferment à demi ; indifférent à tout ce qui l'entoure, il est incapable de répondre aux questions qu'on lui adresse. Enfin cette angoisse cesse peu à peu.

Dans l'intervalle des accès, les parties affectées sont endolories ; il est fort difficile de déterminer leur siége par la pression du doigt, qui n'excite de douleurs que sur l'émergence du nerf frontal à droite et les rameaux temporaux des deux côtés.

Le 1er février, on lui donna : julep gommeux, 120 grammes; sulfate de quinine, 1 gramme, à prendre en quatre fois dans l'intervalle des accès : on continua cette potion tous les jours.

Le 6, à dix heures du matin, l'accès n'avait pas encore paru ; le malade se plaignait de quelques étourdissements, de bluettes, de tintements d'oreille. Jusqu'à ce jour, les accès n'avaient pas été modifiés ; il n'éprouva que la sensation douloureuse qu'il ressentait ordinairement dans l'intervalle des accès. On continua la prescription.

Le 10, les accès n'avaient point reparu ; il ne se plaignait que d'un vague endolorissement des parties affectées ; la pression du doigt ne provoquait plus les douleurs. Même prescription.

Le 13, il sortit parfaitement guéri, refusant de rester plus longtemps, quoiqu'on lui fît craindre une rechute en cessant l'usage du sulfate de quinine.

— Remarquons encore ici : 1° l'indépendance de la névralgie de toute autre affection ; 2° la fixité de son siége ; 3° la régularité des accès ; 4° la périodicité ; 5° le mode d'apparition des douleurs.

Nous ne répéterons pas pour chacune de ces remarques ce que nous avons dit à l'observation précédente, puisqu'elles sont les mêmes ; nous ajouterons seulement que la périodicité de cette névralgie, qui apparaissait pour la troisième fois à la même époque de l'année, qui chaque fois avait été guérie par le sulfate de quinine, nous fournissait une indication d'autant plus précise en faveur de cette médication. Cependant notons encore la résistance que les accès lui ont offerte, car elle sera le sujet de quelques réflexions ; la difficulté de limiter les douleurs dans l'intervalle des accès, néanmoins la possibilité de le faire sur les points principalement affectés.

Névralgie intermittente essentielle datant de douze jours, guérie par le sulfate de quinine en sept jours.

Obs. III. — Le 24 décembre 1841, est entré à la salle Sainte-Madeleine, n° 7, de l'Hôtel-Dieu, le nommé Havard, âgé de 25 ans, garçon dans un magasin de quincaillerie.

Il y a douze jours, au moment de se lever le matin, il a été pris d'étourdissements, de bluettes, de douleurs violentes dans toutes les dents du côté droit ; puis ces douleurs se sont étendues dans tout ce côté de la tête jusqu'à la partie supérieure et postérieure du cou. Ses yeux ne pouvaient supporter la lumière ; il avait de la peine à lever la tête de dessus son oreiller. En s'habillant, ayant les bras élevés pour mettre sa cravatte, pris d'un vertige, il fit involontairement quelques pas en arrière : ses jambes fléchirent, et il tomba ; on le remit au lit. Les douleurs qu'il éprouvait étaient lancinantes ; il y avait de la chaleur et de la

rougeur à la face; l'œil droit était environné d'un cercle jaune. Cet état dura de huit heures du matin à une heure. Un médecin lui annonça une névralgie et lui prescrivit des bols de quinquina à prendre le surlendemain, si un pareil accès reparaissait le lendemain. Le lendemain à la même heure, un accès aussi violent eut lieu, et pendant douze jours consécutifs cet accès reparut. Le troisième jour, on lui appliqua au cou un emplâtre où il entrait de l'opium, mais dont il ne connaît pas les autres composants. Il ne prit pas de quinquina, et voyant que les accès ne cessaient point, il entra à l'hôpital.

Lorsque nous l'examinâmes, les douleurs n'étaient exactement limitées aux trajets nerveux que pendant la durée des accès; dans l'intervalle, elles étaient diffuses. L'accès commençait par un sentiment de chaleur dans les parties affectées, il n'était point suivi de sueurs. On lui administra le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes dans un julep de 120 grammes, à prendre en quatre fois pendant l'intermittence.

Après les trois premières potions, les accès disparurent; mais il restait une douleur de tête continuelle du côté affecté : celle-ci disparut aussi en grande partie à la quatrième. La cinquième fois, on lui donna, en plus de la potion, une forte infusion de café torréfié : les douleurs disparurent complétement; une transpiration qu'il n'avait éprouvée à la suite d'aucun accès les remplaça, et le 30, septième jour de son entrée, il sortit parfaitement guéri, deux jours après n'avoir point éprouvé d'accès.

A son entrée et pendant le cours de la maladie, nous avons examiné la rate; elle ne nous a présenté aucun développement anormal.

— Nous devons noter ici : 1° le début violent et brusque de la maladie; 2° l'imparfaite limitation des douleurs dans l'intervalle des accès; 3° la régularité des accès; 4° le mode d'apparition des douleurs, qui n'apparaissaient pas aussi franchement que dans les cas précédents : elles étaient précédées de bouffées de chaleur; 5° le dernier accès fut remplacé par une sueur abondante.

Névralgie intermittente essentielle datant de quatre jours; symptômes d'embarras gastrique; crampes; apparition des douleurs; mouvements fébriles peu réguliers; ipécacuana; régularité des accès; sulfate de quinine pendant quatorze jours; persistance des accès et des douleurs; association du vin de quinquina pendant quatre jours; disparition complète des accès et des douleurs.

Obs. IV. — Le 21 septembre 1841, le nommé Étienne

Bagot, âgé de 20 ans, tailleur de pierres, est entré à la salle Sainte-Madeleine, n° 20, de l'Hôtel-Dieu.

Quatre jours avant son entrée, après avoir mangé, il fut pris d'un malaise général, de douleurs vagues, de crampes dans les jambes, surtout dans le pied gauche, d'envies de vomir, de nausées sans vomissement. Plus tard, il éprouva de la céphalalgie, des éblouissements aux deux yeux, puis, par instants, des douleurs vives bornées au côté gauche de la face. Ces douleurs siégeaient à certains points fixes, limités, qui étaient : le niveau du trou mentonnier et des dents correspondantes, le trajet de la branche ascendante de l'os maxillaire inférieur, à la partie externe de la paupière supérieure, au niveau du trou sourcilier, et s'étendant jusqu'à la bosse pariétale du côté gauche. Elles commençaient par une chaleur vive, duraient un quart d'heure, et se terminaient par une sueur pour revenir à des intervalles indéterminés. La nuit suivante, il ne put dormir.

Le lendemain, il prit un bain : les crampes diminuèrent. Le soir de ce second jour, il but du vin chaud dans le but de provoquer une sueur, mais il n'obtint qu'une sueur partielle de la tête et de la poitrine. Elle fut suivie de chaleurs ardentes qui alternèrent toutes les demi-heures avec des frissons. Les douleurs névralgiques se firent sentir par intervalles.

Le troisième jour, il souffrit peu ; mais, la nuit suivante, les mêmes symptômes reparurent et durèrent douze heures.

Le quatrième jour, il entra à l'hôpital, et nous apprîmes ce qui précède. Nous reconnûmes une névralgie de quelques rameaux du nerf trifacial, précédée d'embarras gastrique et coïncidant avec des mouvements fébriles dont nous ne pouvions déterminer la régularité. On déféra à la première indication fournie par l'état saburral des premières voies, en prescrivant 2 grammes d'ipécacuana en macération pendant vingt-quatre heures dans un litre d'eau, à prendre à jeun. Pendant trois jours on continua ce traitement, qui provoqua de nombreux vomissements et six à huit selles par jour. Nous ne vîmes point reparaître les crampes ; mais le malade accusait toujours des accès de fièvre la nuit, et en même temps des paroxysmes de douleurs névralgiques.

Le 24 septembre, on lui donna 2 grammes de sulfate de quinine dans un julep, à prendre dans l'intervalle des accès ; on le continua jusqu'au 4 octobre, sans maîtriser les accès. Alors on lui associa le vin de quinquina : cinq jours après il fut guéri, et sortit le 11 octobre 1841, après vingt jours de maladie.

— Sans répéter les notes des observations précédentes, nous

ajouterons les remarques suivantes. Deux indications se sont succédé : 1° l'état saburral des premières voies; 2° le type intermittent. Nous avons lieu de croire que si l'on n'avait pas tenu la première indication de l'ipécacuana, nous n'aurions pas trouvé celle du sulfate de quinine, puisque l'intermittence ne s'est régularisée qu'après l'administration du premier médicament. Donc l'emploi de sulfate de quinine s'est trouvé soumis lui-même à une autre indication (1).

Enfin, de même que l'on voit le sulfate de quinine échouer dans le traitement des fièvres intermittentes ordinaires, et réussir le quinquina, de même nous le voyons ne pas suffire seul pour cette névralgie intermittente, et l'on a été forcé de lui associer le vin de quinquina.

Névralgie trifaciale essentielle affectant le type intermittent, datant de deux mois ; administration du sulfate de quinine pendant cinq jours ; cessation des accès ; continuation du médicament pendant quatre jours ; guérison.

Obs. V. — Le 11 octobre 1841, Honorine Babin, âgée de 26 ans, entra à la salle Saint-Joseph, n° 13, de l'Hôtel-Dieu.

Deux mois avant son entrée, elle perdit un enfant qu'elle avait allaité pendant dix mois. Son lait s'arrêta peu à peu ; ses règles reparurent après six semaines. Cependant, depuis cette époque, elle souffre, du côté droit de la tête, de violentes douleurs qui ont commencé par l'odontalgie. Le soir, elle se couche avec un frisson ; puis la chaleur du lit, dit-elle, provoque des douleurs lancinantes dans les oreilles, les tempes, au niveau du trou mentonnier et sous-orbitaire. Au commencement des paroxysmes, elle sent une douleur dans la gorge, à la base de la langue ; cette douleur remonte vers la tête, avec des bouffées de chaleur, et se termine par la cessation de la chaleur et la diminution des douleurs en sens inverse. Les accès les plus courts durent de trois à quatre heures, les plus longs sont de douze heures. Les douleurs sont quelquefois si violentes, que ses membres sont agités de mouvements convulsifs, et qu'elle se roulerait à terre, dit-elle. Dans ces moments, toute la tête lui fait mal.

Le 12, à la visite, il lui est resté encore quelques douleurs de la nuit. Aucun des points douloureux indiqués plus haut n'était

(1) Nous dirons encore qu'un des premiers symptômes qui apparurent, les *crampes*, est devenu pour nous, dans ces circonstances, une indication pour administrer l'ipécacuana. En effet, depuis que nous avons pris ces observations, M. Tessier et moi, nous avons publié des observations de paralysie et de contracture où ce symptôme dominait, et où l'ipécacuana fut le meilleur moyen employé.

sensible à la pression dans l'intervalle des accès. Le soir, un accès revint et dura presque toute la nuit.

Le 13, étant fixé sur l'intermittence, on prescrivit une potion contenant 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 14, l'accès fut moins long. (Même traitement.)

Le 15, il fut plus fort et dura plus longtemps que la veille, de sept heures du soir à trois heures du matin. (Id.)

Le 16, elle n'éprouva que quelques douleurs sans chaleur et s'endormit paisiblement peu de temps après. (Id.)

Le 17, elle n'eut point d'accès. (Id.)

Le 18, après avoir pris sa potion, elle eut une douleur très-vive à l'épigastre et des défaillances; mais les douleurs ne reparurent point le soir. (Id., plus une infusion de café.)

On continua ce traitement jusqu'au 22 octobre, jour où elle sortit parfaitement guérie, ayant séjourné onze jours à l'hôpital.

— Nous trouvons encore ici l'occasion de faire les remarques que nous avons déjà signalées sur : 1° le début de la maladie; 2° l'imparfaite limitation des douleurs au commencement; 3° la régularité des accès; 4° le mode d'apparition des douleurs coïncidant avec un mouvement fébrile; 5° la difficulté que l'on éprouve à limiter exactement le siége des douleurs par la pression du doigt dans l'intervalle des accès.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

7. *De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques;* par M. Payan, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

(Suite : *voir* t. I, janvier 1846, p. 27; t. II, février, p. 48.)

(Revue médicale, décembre 1845.)

§ V. — *L'iodure de potassium est-il indistinctement applicable à toutes les périodes de la syphilis?* — Ce n'est point assez pour nous d'avoir établi d'une manière générale l'action anti-syphilitique de l'iodure de potassium : il importe encore à notre sujet de reconnaître si ce médicament est indistinctement applicable à toutes les périodes de la syphilis, ou bien s'il n'est efficace que dans une d'elles, dans la période des accidents tertiaires par exemple. — On sait effectivement que tous les pathologistes qui, dans ces derniers temps, ont traité de la maladie vénérienne, ont compris qu'il était très-important de distinguer ses diverses périodes ou phases. Il suffit, en effet, de quelque habitude de voir les syphilitiques pour s'assurer que, malgré l'identité de la

cause, les effets ou les symptômes ne sont pas absolument les mêmes, et qu'ils varient selon la période où on les observe, la nature des tissus affectés, les conditions individuelles ou idiosyncrasiques, etc. Ainsi depuis longtemps on avait admis une syphilis primitive et une syphilis constitutionnelle ; division qui avait paru suffisante à beaucoup de pathologistes syphiliographes, notamment aux docteurs Cullerier et Ratier, qui s'en étaient contentés. Comme cependant, parmi les symptômes qu'on reconnaît constitutionnels, il en est qui se produisent plus tard que les autres, en annonçant une altération plus profonde des tissus, et en affectant particulièrement les parties organiques qui paraissent les moins accessibles aux éléments morbides, savoir, les tissus fibreux et osseux, on les a nommés tertiaires par opposition aux autres auxquels on a laissé la dénomination de symptômes secondaires. M. Ricord a, le premier, nous le pensons du moins, établi l'importance de cette division. Sans vouloir discuter ici certains points contestables à nos yeux, touchant le sens que le chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris assigne aux symptômes qui caractérisent ces trois phases de la syphilis, nous dirons, en nous fondant sur les seules notions de la pratique médicale, que nous entendons par symptômes primitifs ceux qui proviennent de l'application immédiate ou locale du principe contagieux sur la partie qui en reçoit l'impression, et se manifestent soit : — 1° par une phlegmasie fluente spéciale ou blennorrhagique de certaines parties de la membrane muqueuse, constituant ainsi, chez l'homme, la balanite gonorrhéique et la gonorrhée uréthrale pour la muqueuse génitale ; — chez la femme, pour la même muqueuse, la gonorrhée vaginale, vulvo-vaginale, vulvaire, uréthrale, uréthro-vulvaire ou uréthro-vulvo-vaginale ; enfin, chez les deux sexes, l'écoulement blennorrhagique de l'anus, le suintement de même nature du mamelon, la blennorrhagie oculaire, nasale, etc. : — soit, 2° par une inflammation ulcérative, pouvant se déclarer, d'une part, sur les parties de la membrane muqueuse qui tapissent les organes génitaux, l'intérieur de la bouche, la partie inférieure du rectum, et constituant ainsi les chancres qui viennent sur le gland, à la face interne du prépuce, de l'urèthre, à la vulve, aux grandes lèvres, dans le vagin, au col de l'utérus, à l'intérieur de la bouche, à la face interne du rectum ; d'autre part, sur diverses parties de la peau, aux points où elle se trouve accidentellement dépouillée de son épiderme, et notamment aux téguments du pénis, des testicules, du bas-ventre et du mamelon, d'où les chancres qui se développent sur la verge, aux bourses, à la

marge de l'anus, au pubis, etc., chancres qui, de même que les précédents, apparaissent aux points qui ont été mis en contact avec le pus virulent (1). Parmi ces symptômes primitifs, nous devons comprendre aussi le bubon qui succède immédiatement au chancre aigu et en est la conséquence directe, et certaines pustules humides qui se développent parfois chez la femme après un coït infectieux. Pour nous résumer, en un mot, nous dirons que les accidents primitifs sont la blennorrhagie, le chancre ou ulcère vénérien primitif, les bubons qui en proviennent directement, ainsi que certaines pustules humides.

Les symptômes ou accidents secondaires, indiquant une infection générale, sont ceux qui ont accompagné les accidents primitifs ou se sont développés quelque temps après ces derniers. Ils proviennent ordinairement d'une sorte d'irradiation dans l'économie, du principe virulent, qui, déposé d'abord dans un point déterminé, s'est ensuite peu à peu répandu par la voie des vaisseaux absorbants et lymphatiques, et a produit des phénomènes morbides qui peuvent être très-variés et exister, tantôt sur les parties qui avaient été le siége des phénomènes primitifs, et tantôt se développer en des parties plus ou moins éloignées et sous des formes très-diverses. C'est, du reste, sur la peau, sur les muqueuses, à l'iris et aux testicules, que résident habituellement les symptômes secondaires. Afin même d'en donner un exposé, nous dirons que, parmi ceux qui apparaissent sur la peau, l'on trouve :

1° Les diverses espèces de syphilides ou éruptions cutanées de nature syphilitique, comprenant la syphilide exanthémateuse, la syphilide vésiculeuse, la syphilide bulleuse, la syphilide pustuleuse, la syphilide papuleuse, la syphilide squameuse, la syphilide maculeuse, la syphilide tuberculeuse.

2° Les rhagades, variété de petits ulcères longs et étroits qui se produisent à la paume des mains, à la plante des pieds, à

(1) Il est facile de comprendre, d'après cette énumération, qu'il y a de ces symptômes primitifs qui sont particuliers aux organes de la génération, et sont le résultat du rapprochement naturel des sexes. Ce sont même les plus nombreux, attendu que ce rapprochement est le moyen de propagation de la syphilis le plus commun, à cause du siége le plus ordinaire du virus dans les parties génitales, à cause de l'amincissement de l'épiderme qui les recouvre, de la facilité avec laquelle il s'excorie, etc. Les autres sont l'effet du contact, dans de tout autres circonstances, d'une partie saine avec une partie malade, ou de l'application du principe virulent par l'intermédiaire d'un corps inerte. Ainsi, le toucher d'une partie infectée avec la main, celle-ci étant le siége d'une excoriation, a pu être suivi d'un ulcère syphilitique ; ainsi un verre, une pipe, une cuiller, en passant d'une bouche infectée à celle qui ne l'était point, ont été aussi parfois une occasion de contagion, etc.

l'anus, au pourtour des orteils et des doigts, ainsi que dans les intervalles qui les séparent;

3° Les onglades, espèces de tournioles ou inflammations chroniques de la peau, situées à la base des ongles, lesquelles amènent la chute de ces corps, et produisent des ulcérations quelquefois assez profondes;

4° La pélade, affection qui consiste dans la chute de plaques d'épiderme, sous forme d'écailles, et laissant à nu le corps papillaire, surtout quand ces écailles concrètes se détachent à la paume des mains ;

5° L'alopécie ou chute des poils et des cheveux, avec ou sans desquamation de l'épiderme de la partie où se trouvent ces poils et ces cheveux ;

6° Les gourmes syphilitiques, espèces de furoncles chroniques, apparaissant sous forme de tumeurs molles, d'abord indolentes ou à peu près, devenant ensuite douloureuses, s'ulcérant, et laissant échapper un bourbillon souvent considérable de tissu cellulaire mortifié, d'où résultent des plaies ou ulcères profonds, inégaux, à bords larges, minces et frangés ;

7° Des nodosités ou tubercules cutanés , consistant en des épaississements limités de la peau, qui s'accroissent , crèvent ensuite, et donnent lieu à des ulcères rebelles;

8° Des ulcères ou chancres consécutifs, qui se déclarent sur divers points de l'enveloppe tégumentaire, notamment là où son tissu est mince et délicat, comme aux mamelons, aux paupières, ainsi que dans les endroits où il est habituellement humecté par une abondante transpiration, tels que l'ombilic, le périnée , les aisselles , et surtout, chez les femmes , la région sus-pubienne ;

9° Les excroissances ou tumeurs formées par le développement du tissu cellulaire sous-cutané et par le prolongement de la peau, telles que les condylômes ;

10° Les végétations, productions charnues ou ulcéreuses qui affectent le derme auquel elles tiennent par une base ou pédicule plus ou moins étroit, et lesquelles , à raison principalement de leurs formes, portent les noms divers de choux-fleurs, framboises, fraises, mérises, etc., et siégent le plus souvent, de même que les excroissances, dans le pourtour des parties sexuelles et de l'anus.

Les symptômes de syphilis secondaire qui apparaissent sur les membranes muqueuses sont également assez nombreux. Faisons d'abord remarquer, avec M. Ricord, qu'ils présentent cette particularité d'exister dans des limites que les lois de la pathologie

ont prouvé être constantes, sans que l'anatomie puisse les expliquer : telles sont la bouche et le gosier jusqu'à la partie inférieure du pharynx, la partie terminale de la muqueuse du rectum, et les autres muqueuses extérieures, savoir celles des yeux, des narines, des parties sexuelles. Ainsi :

1° Jusque sur le globe de l'œil, dit Lagneau, on remarque parfois des ulcères vénériens consécutifs ;

2° Aux narines existent ou apparaissent des ulcères ou chancres avec épaississement souvent de la muqueuse olfactive, suppuration sanieuse et fétide, constituant parfois l'ozène syphilitique.

3° A la bouche ou au gosier se trouvent aussi des ulcérations tantôt superficielles, tantôt sous la forme de chancres simples, de chancres indurés, ou même de chancres phagédéniques ;

4° A l'anus ou à la muqueuse terminale du rectum, ce sont encore des ulcérations, des rougeurs avec granulations, épaississement de la muqueuse, pustules ;

5° A la muqueuse des parties sexuelles, ce sont, chez la femme, savoir, au museau de tanche et dans le vagin, des chancres, des excoriations syphilitiques ; en dedans des grandes et des petites lèvres, des ulcères encore, des pustules, des excroissances. Chez l'homme, entre le gland et le prépuce, ou sur le gland et la face interne du prépuce, des ulcères aussi, des pustules, des excroissances de diverses formes, etc.

Il nous reste encore, pour compléter, ou à peu près, notre énumération des accidents syphilitiques secondaires, à mentionner l'iritis syphilitique, dont l'existence ne saurait être contestée, et le testicule vénérien, qu'il faut se garder de confondre avec l'orchite blennorrhagique. Ces deux derniers états morbides semblent établir une transition entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires.

Enfin, les accidents tertiaires, constitutionnels aussi, se développent plus tardivement, et manifestent les caractères d'une syphilis plus invétérée et d'une constitution plus profondément atteinte, c'est-à-dire affectée jusque dans les organes les derniers accessibles à son influence. Parmi les accidents tertiaires, il faut ranger les nodus, les tumeurs gommeuses, les tubercules profonds, la périostose, les exostoses, les douleurs ostéocopes, l'éburnation, la carie et la nécrose syphilitiques, la contracture des membres provenant de la même origine, ces ulcérations graves du voile du palais, des fosses nasales, etc., caractérisées par des destructions faites comme avec un emporte-pièce, etc. (1).

(1) Ces ulcérations ne doivent pas être confondues avec celles qui sont pro-

Quoi qu'il en soit, il est bien reconnu par tous les praticiens qui ont eu à s'occuper du traitement des maladies syphilitiques, que les remèdes spéciaux que l'on était dans l'habitude de prescrire contre elles n'étaient pas également efficaces dans toutes les périodes de la syphilis; que si, par exemple, on croyait à l'utilité des mercuriaux contre les deux premiers ordres d'accidents caractéristiques de cette affection, savoir, contre les accidents primitifs et secondaires, il n'en était pas de même contre les accidents tertiaires, lesquels étaient bien quelquefois heureusement modifiés par eux, mais plus souvent se montraient rebelles à leur emploi ou en étaient exaspérés. C'est même parce que cette insuffisance d'action était bien reconnue, que le génie pratique de quelques médecins avait été porté à demander à d'autres remèdes, notamment aux préparations d'or, d'argent, de platine, ou à certains produits du règne végétal, des propriétés curatives plus efficaces, que malheureusement ni les uns ni les autres n'ont pas mieux possédées peut-être. Cependant d'autres praticiens sont venus, qui, par leurs essais sur les médicaments iodés, ont été conduits peu à peu à leur reconnaître des propriétés anti-syphilitiques bien réelles, et ont fini par établir la prééminence, bien marquée sous ce rapport, de l'iodure de potassium. Ce qui même a le plus contribué à mettre ce précieux médicament en renom, c'est la remarquable utilité de son emploi dans les cas précisément où la médication mercurielle avait été dépourvue d'efficacité, ou qui, par la nature des accidents existants, devaient s'y montrer réfractaires.

Mais n'anticipons pas pour cet objet; ou plutôt, pour continuer de procéder avec ordre et méthode dans la suite de notre œuvre, venons-en à l'appréciation de l'emploi de ce médicament suivant les phases de la maladie syphilitique, ou les divers accidents qui la caractérisent, en effectuant même d'abord cette appréciation par rapport aux accidents tertiaires.

Si l'on voulait nous demander à ce sujet pourquoi nous avons préféré intervertir l'ordre plus naturel, ce semble, de faire porter d'abord cette évaluation thérapeutique sur les accidents primitifs, nous dirions que c'est pour mieux nous conformer à l'ordre de progression que présente ce médicament sous le rapport de son efficacité.

§ VI. — *De l'iodure de potassium contre les accidents tertiaires*

pres à la période secondaire de la syphilis, lesquelles, provenant de tubercules muqueux ulcérés, sont plus superficielles, forment plus ou moins de relief, et n'offrent pas ce caractère destructeur. Elles seront confondues moins encore avec les chancres primitifs qui pourront survenir dans ces parties.

de la syphilis. — Lorsque nous avons énuméré ci-dessus les symptômes qui constituaient la phase tertiaire de la syphilis, il a été facile de comprendre que nous indiquions par là même les accidents les plus invétérés, les plus difficiles à combattre, des maladies vénériennes. C'était aussi vraiment à leur occasion que la thérapeutique avait le plus à se plaindre de l'insuffisance des médications spéciales les plus accréditées. C'est pourquoi, dans bien des circonstances l'on remarquait, au lieu de l'amélioration que l'on était en droit d'attendre des traitements prescrits, une exacerbation réelle du mal ; ce qui avait fait plusieurs fois attribuer aux mercuriaux la cause de toutes ces ulcérations, caries, exostoses, douleurs ostéocopes, etc., si fréquentes dans cette période de la syphilis. C'était donc une triste nécessité d'être obligé de recourir, dans ces cas, au seul emploi, ou à peu près, des préparations hydrargireuses, dont l'usage alors était souvent de fait un contre-sens réel. Voici comment. C'est un fait que nous croyons reconnu pour tout bon observateur, que la présence longtemps prolongée du virus syphilitique dans un organisme, tend à en appauvrir la constitution en empoisonnant successivement toutes les parties matérielles de l'individu qui est sous son influence. De là l'amaigrissement plus ou moins marqué, un état d'asthénie générale, et ce teint pâle et chlorotique que l'on remarque généralement chez les sujets atteints de syphilis constitutionnelle, surtout quand elle a revêtu les formes tertiaires. Or, si dans des circonstances pareilles, on en est réduit à administrer un médicament aussi hyposthénisant que le mercure, dont le propre est d'atténuer le sang, de diminuer sa plasticité, etc., on n'aura certainement pas, dans cette circonstance, un moyen d'améliorer l'état général qui avait tant besoin au contraire d'être restauré. De ce vice devait naître nécessairement le regret de ne pas avoir à sa disposition un médicament qui, indépendamment d'une spécificité d'action contre ces pénibles états morbides, pût jouir en même temps d'une action réparatrice et tonique.— Eh bien ! l'iodure de potassium est appelé à remplir ces deux indications à un degré prononcé ; et, chose remarquable, tandis que le mercure est d'autant moins efficace que le mal est plus invétéré, ou, en d'autres termes, que le virus de la syphilis a porté une atteinte plus profonde dans l'organisme, l'action de l'iodure de potassium suit une progression inverse, c'est-à-dire que son efficacité ou la rapidité de son action paraît être en raison même de l'ancienneté de la maladie ; circonstance heureuse qui nous semble devoir faire considérer l'introduction de l'usage de cette substance dans la thérapeutique des maladies syphilitiques,

comme une des meilleures découvertes que cette partie de l'art de guérir ait faites dans ce siècle. De la sorte, l'art n'aura plus à regretter si souvent dorénavant son impuissance contre les accidents tertiaires, ou plutôt il pourra s'applaudir d'en posséder le spécifique réel. Si jamais, en effet, un médicament a mérité ce titre, c'est bien certainement l'iodure de potassium appliqué à leur traitement. Les résultats heureux qu'il a fournis à notre pratique nous permettent de parler avec cette assurance. Nous avons vu, sous son influence, les ulcérations tertiaires des parties molles se tarir ; les douleurs ostéocopes s'apaiser ; les exostoses volumineuses et anciennes se résoudre souvent en totalité; des périostoses énormes et menaçantes arrêter leurs progrès et s'affaisser ; l'élimination des séquestres s'effectuer facilement et promptement ; des caries anciennes et inquiétantes se dessécher et se cicatriser, et cela pendant que l'organisme épuisé se refait, se répare d'une manière sensible. Ce qui frappe même vivement d'abord l'attention des médecins, c'est la rapidité avec laquelle les heureux effets de cette médication par l'iodure de potassium se font remarquer. C'est quelquefois du jour au lendemain que des douleurs ostéocopes jusqu'alors très-rebelles éprouvent un calme prononcé, que n'eussent point procuré les anodins et les opiacés ; et nous verrons d'autre part qu'il a généralement suffi de peu de temps pour améliorer des états très-graves pourtant. En observant même ces heureux résultats, nous n'avons pas pu toujours, reportant nos souvenirs vers le passé, nous rappeler sans douleur avoir vu plusieurs fois, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, des cas semblables à ceux que nous guérissions sans peine par ce médicament, n'avoir pu être favorablement modifiés par les anciens traitements, et s'être même terminés par la mort, après avoir fait parcourir à ces victimes de la vérole toutes les phases d'un douloureux marasme. Aussi pensons-nous avec conviction que ceux-là seraient certes bien étrangers aux progrès des connaissances thérapeutiques, qui voudraient dorénavant ne pas adopter d'emblée l'emploi de l'iodure de potassium dans la syphilis tertiaire. Nous avons appris pour notre compte à être tellement confiant dans ce moyen, que, lorsque nous sommes consulté par des sujets atteints de ces accidents graves qui, il y a peu d'années, faisaient le désespoir des praticiens, nous nous hâtons de les rassurer en leur promettant une guérison dont une amélioration prochaine est toujours l'heureux et encourageant prélude.

Au reste, comme il ne suffit pas, en médecine pratique, d'énoncer vaguement des propositions générales, mais qu'il importe

encore, pour en établir la valeur, qu'elles soient basées sur l'expérience, ce juge suprême de toutes les opinions et de toutes les théories scientifiques, je vais tâcher de satisfaire à cette condition, en faisant connaître la plupart des faits qui se sont passés sous mes yeux, et qui sont relatifs à la question dont je m'occupe en ce moment.

Après cet exposé, et à l'appui des enseignements de notre propre pratique, nous compulserons les observations que d'autres praticiens ont publiées sur la même matière, afin que de l'appréciation de tous ces faits la vérité puisse rejaillir lucide et complète.

Obs. I. — *Cas remarquable de syphilis constitutionnelle à accidents tertiaires (exostoses, douleurs ostéocopes, marasme, laryngite chronique, etc.), inutilement traitée par les mercuriaux, les préparations d'or, les sudorifiques, etc., et rapidement améliorée et guérie par l'iodure de potassium.* — Victorine ***, âgée d'environ 34 ans, femme de peine non mariée, était depuis près de six mois dans les salles de l'Hôtel-Dieu, lorsque je commençai le service du premier trimestre de l'année 1842. Je me rappelai alors l'avoir vue, un an et demi ou deux ans auparavant, dans cet établissement, savoir à une époque où elle était atteinte d'un ulcère de la grandeur d'une pièce de deux francs, situé à la partie supérieure et externe du bras droit, et dont l'allure, indépendamment des propres aveux de la malade, indiquait évidemment la nature syphilitique. C'était, en d'autres termes, un chancre secondaire que l'on traita par la liqueur de Van Swieten à l'intérieur et le cérat mercuriel comme topique, pendant un temps sans doute insuffisant, mais dont je ne pourrais indiquer la durée. Quoi qu'il en soit, cette femme, après avoir présenté durant un certain temps les apparences de la guérison, se vit encore un peu plus tard en proie à de nouveaux symptômes, qui n'étaient, par le fait, que la manifestation d'un état syphilitique invétéré. Et après avoir compris que quelques médicaments, dont elle avait fait usage à son domicile, ne lui avaient procuré aucun soulagement, elle prit le parti de venir de nouveau se faire traiter à l'hôpital, où elle se trouvait, ainsi que nous l'avons fait observer, depuis près de six mois.

Voici l'énumération des symptômes dont elle se trouvait atteinte au 1er janvier. Elle était très-amaigrie; sa figure portait une expression réelle de souffrance : sur son front étaient deux saillies anormales, une de chaque côté, véritables exostoses dépendantes d'une tuméfaction morbide du frontal en ces points. Sa voix était rauque, altérée depuis longtemps, et une sensation

de sécheresse était par elle sentie du côté des régions pharyngée et laryngée. Le front, les bras, les avant-bras et les jambes étaient le siége de douleurs nocturnes parfois fort vives, et qui produisaient fréquemment des nuits sans sommeil. Les tubérosités externes et internes des humérus étaient notablement hypertrophiées, et, en promenant les doigts sur la face interne des tibias, on reconnaissait sans peine que la surface en était un peu bombée, *exostosée*. Les pieds de cette malade se tuméfiaient aussi par une espèce d'infiltration cellulaire. La nature de tous ces symptômes n'était point douteuse pour nous et ne pouvait l'être. Leur signification était une syphilis constitutionnelle des mieux caractérisées et dont les symptômes appartenaient à la catégorie des accidents tertiaires. Les deux médecins qui nous avaient précédé, et qui avaient eu l'occasion de voir et de traiter cette malade, ne l'avaient pas mis en doute. C'est ainsi qu'elle avait été successivement traitée par eux avec les préparations mercurielles, à deux reprises différentes, et d'une manière régulière, et qu'elle avait suivi un traitement complet par les préparations d'or. Mais ces médications ne produisirent pas d'amélioration notable : les symptômes s'étaient même accrus peut-être, et c'est avec une sorte de désespoir qu'en me cédant le service, mon prédécesseur me parla de cette victime de la vérole, pour laquelle, me disait-il, tout avait été tenté sans fruit.

Que faire donc pour soulager cette malheureuse, qui passait ses nuits dans de douloureuses insomnies ; qui, quoique moins souffrante dans le jour, était dépourvue d'appétit et nous criait avait instance de calmer ses douleurs ? — Je ne me souciais réellement plus de recourir aux préparations mercurielles, qui, quoique ayant été données avec méthode, n'avaient produit aucun résultat avantageux. Les préparations d'or, prescrites aussi par un praticien qui en est grand partisan, et continuées pendant un temps suffisant, n'avaient pas eu plus d'action et ne devaient pas en avoir davantage entre nos mains. Je voulus dès lors essayer des opiacés, auxquels des praticiens ont reconnu parfois des propriétés anti-syphilitiques. L'élément nerveux, la douleur qui dominait ici, semblaient indiquer de prime abord ce moyen. Je prescrivis donc, pendant quelques jours, soit l'opium en pilules, soit le sirop de morphine, soit la poudre de Dower. Ces moyens parvenaient bien sans doute à endormir les douleurs, à provoquer même le plus souvent du sommeil ; mais c'était un sommeil lourd, fatigant ; et dès que nous cessions l'emploi de l'opium, les douleurs se reproduisaient et se faisaient sentir avec la même intensité qu'avant. C'est dans ces entrefaites qu'étonné des

résultats remarquables que, dans certains journaux de médecine, quelques praticiens prétendaient avoir perçus de l'emploi de l'iodure de potassium contre les véroles invétérées, je me décidai à le prescrire; et ce fut le 21 janvier que j'en fis marquer un gramme dans un litre de saponaire, à l'usage pour les jours suivants.

L'effet de cette nouvelle médication fut réellement des plus surprenants. Quatre ou cinq jours s'étaient à peine écoulés depuis que cette femme l'avait commencée, que déjà une amélioration très-sensible se faisait remarquer. Les douleurs nocturnes, ostéocopes, naguère si fatigantes, étaient déjà notablement amendées, et déjà aussi la malade toute joyeuse nous annonçait avec bonheur que maintenant, grâce à la nouvelle tisane, elle éprouvait un soulagement qu'elle désespérait de pouvoir jamais retrouver. Elle ajoutait même qu'elle croyait remarquer de la diminution dans le volume des exostoses.—Or, remarquez bien que ce n'était point là une vaine illusion, comme nous avions été porté à le penser d'abord; car, au douzième jour du traitement, il nous fut facile, à nous-même et à tous ceux qui suivaient notre visite, de constater que les exostoses étaient réellement moins apparentes et moins volumineuses.

Voici de quelle manière nous graduâmes les doses du remède: tandis que, comme nous l'avons fait observer, nous avions commencé, le 21 janvier, par un gramme, nous en prescrivîmes un gramme et demi le 25 du même mois. Le 2 février, nous en vînmes à deux grammes; le 6, à deux grammes et demi, que nous reportâmes à deux grammes deux jours plus tard, la malade nous disant que sa tisane la fatiguait. Le 18 février, nous fîmes reprendre la dose de deux grammes et demi, laquelle cette fois fut très-bien supportée.

Un mois s'était à peine écoulé depuis le commencement du traitement ioduré, que déjà cette malade nous demandait de quitter l'hôpital où elle était depuis près de huit mois, nous faisant observer qu'il ne lui restait plus rien de sa maladie; qu'elle dormait parfaitement; que ses tumeurs osseuses s'étaient affaissées et avaient disparu; que son appétit, presque nul auparavant, était devenu si prononcé que les trois quarts lui suffisaient à peine.

Quoique la malade ne nous exagérât point cette amélioration de santé, nous l'engageâmes à rester plus longtemps à l'hôpital, et lui fîmes ainsi continuer son traitement jusque vers le cinquantième jour, époque où elle prenait deux grammes trois quarts par jour du remède dans trois ou quatre verres, un litre

environ, de tisane de saponaire. Lorsque alors elle quitta nos salles, elle était dans des conditions de santé qui ne laissaient rien à désirer. Sa voix, en effet, s'était raffermie, son gosier ne présentait plus les caractères d'une phlegmasie chronique comme auparavant ; ses nuits étaient favorisées d'un sommeil bon, réparateur, et exemptes de douleurs ; la nutrition était devenue très-active et lui avait donné des forces et de l'embonpoint.

On ne saurait, dans ce cas, s'empêcher de reconnaître qu'à l'iodure de potassium seul doivent être rapportés le changement remarquable qui s'est opéré dans la santé de cette malade et la disparition de ces accidents syphilitiques tertiaires dont elle était atteinte. Lorsque je pense encore à ce cas si rebelle, que n'avaient pu modifier plusieurs traitements spéciaux bien dirigés, je suis à me dire que je n'aurais vraiment su à quelle ressource thérapeutique m'adresser encore avec des chances de succès, si je n'avais eu à ma disposition l'iodure de potassium.

Obs. II. — *Fistules, ulcères, exostoses syphilitiques ; insuffisance démontrée des moyens ordinaires : iodure de potassium, guérison.*

Le 31 décembre 1842, je fus appelé auprès de la femme nommée C..., ancienne aubergiste dans une ville de Provence, et à laquelle, me disait son mari, les humeurs avaient fait les plus grands ravages. Je pus bientôt juger de la vérité sur cette gravité du mal en voyant la malade elle-même. Le nez de cette malheureuse, en effet, avait été presque entièrement détruit, et il n'en restait plus qu'un petit bout en forme de tubercule, sous lequel apparaissait l'orifice des narines rendu unique par la destruction de la cloison. Les os du nez eux-mêmes étaient tombés, et à leur place existait un assez large pertuis qui s'ouvrait directement dans les fosses nasales, et que la malade bouchait avec un morceau de taffetas d'Angleterre. La moitié gauche du front était occupée par une large cicatrice sur laquelle étaient éparses trois croûtes recouvrant des points d'où étaient sortis des fragments osseux, et qui étaient encore le siége de petits ulcères fistuleux suppurants. Mais c'était aux extrémités inférieures, me disait la malade, que résidaient les principales lésions. Là, en effet, se trouvaient, un peu en dessus du creux poplité gauche, deux ulcérations profondes, à surface grisâtre, à contour violacé, à suppuration sanieuse. Le genou du même côté était anormalement volumineux, présentant une tuméfaction apparente des condyles. Sur le milieu du gras de la jambe, on voyait aussi une large ulcération, profonde aussi et de même aspect que les précédentes. A la partie externe et inférieure de la jambe droite,

existait, dans une assez large étendue, une surface rougeâtre, cuivrée, présentant en trois points des ulcères sinueux ou fistuleux desquels s'écoulait encore de la sanie. Enfin, sur toute l'étendue de la face interne des tibias, on remarquait des bosselures que le toucher faisait très-facilement reconnaître, que l'on pouvait même aisément distinguer à la simple vue. Et sans que les douleurs ostéocopes fussent en rapport avec la gravité des exostoses, la malade n'en était pourtant pas complétement exempte. Enfin, cette personne ne s'appuyait que péniblement sur ses jambes, et depuis près de six mois elle n'avait pu sortir de la maison qu'elle habitait. Cependant, depuis les deux ans que les symptômes de cette maladie avaient apparu chez cette malheureuse, elle n'avait pas manqué de remèdes : des traitements, ce semble bien ordonnés, avaient été prescrits ; elle avait avalé successivement sept bouteilles de sirop de salsepareille, elle avait longtemps pris des pilules, sans doute mercurielles, à en juger par les symptômes de ptyalisme qui étaient survenus ; elle avait aussi pris, et d'une manière continue, des drastiques.

Or, quoiqu'elle eût été plus souffrante, à ce qu'il paraît, qu'à l'époque où je la voyais, elle était cependant encore dans des conditions assez fâcheuses pour qu'il fût indiqué de la soustraire à l'empire du mal qui la dévorait.

Je n'hésitai pas d'abord à diagnostiquer la véritable cause première de tous les symptômes présents et passés ; et malgré certaines protestations de la malade contre les suppositions précédemment faites pour expliquer son mal, elle fut pourtant amenée à avouer qu'elle avait eu pendant longtemps des pertes très-rebelles, qui n'avaient cédé ou ne s'étaient notablement amendées qu'en prenant du sirop de salsepareille et des pilules. Cette femme était bien réellement sous l'influence d'une de ces affections syphilitiques trop invétérées pour que l'on pût espérer quelque chose encore d'un traitement mercuriel, dont, au reste, on ne lui avait pas fait faute jusque-là. Peut-être aussi pouvait-on s'expliquer, par sa constitution lymphatique, pourquoi le virus s'était montré si cruel sur sa personne. M'étant conséquemment demandé par quels moyens je pourrais triompher du mal, je ne vis que l'iodure de potassium qui pût remplir mes vues ; et, s'il faut le dire, ce fut en comptant sur ce moyen thérapeutique que je crus pouvoir promettre une guérison assez prochaine, à laquelle on n'osait plus s'attendre. — Je prescrivis donc, dès le 1er janvier, un gramme d'iodure de potassium dans trois verres de tisane de saponaire. La malade augmenta tous les cinq jours cette dose de 25 centigrammes, jusqu'à ce qu'elle eût atteint

celle de deux grammes, qui fut continuée depuis le 27 janvier jusqu'au 12 février, jour où nous suspendîmes le traitement pour les motifs que nous ferons connaître ci-après.

Les effets de cette médication furent encore des plus remarquables. Ils apparurent dès les premiers jours par la cessation des douleurs nocturnes. Nous ne tardâmes pas non plus à reconnaître son action résolutive sur les tumeurs osseuses, et ses propriétés cicatrisantes sur les solutions de continuité naguère d'un aussi mauvais aspect. Nous en étions à peine à la fin du mois de janvier, que déjà le genou gauche avait repris son volume normal ; que les exostoses si nombreuses et si prononcées des tibias étaient presque totalement effacées ; que les ulcères dont nous avons parlé, et qui suppuraient depuis si longtemps, étaient ou fermés ou évidemment en voie de guérison ; que la malade, qui auparavant ne pouvait se tenir sur ses jambes qu'avec peine et douleur, se permettait chaque jour, et sans aide et sans bâton, une promenade hors de sa maison, sans que le soir ses jambes fussent enflées ni ses plaies plus irritées ; qu'au lieu du peu d'appétit qu'elle avait auparavant, elle avait de la peine *presque* à satisfaire les désirs de son estomac, et prenait évidemment de l'embonpoint ; que tout, en un mot, indiquait chez elle un changement notable et tout à fait avantageux pour l'état général de sa santé.

Le 12 février, nous supprimâmes le traitement à cause d'une éruption psydraciée abondante, accompagnée d'une vive démangeaison. — Celle-ci avait commencé d'apparaître depuis une quinzaine de jours sans que nous eussions cru devoir suspendre l'iodure de potassium pour ne pas interrompre. Mais comme la démangeaison devenait de plus en plus forte , nous le remplaçâmes pendant quelque temps par l'usage des boissons délayantes, etc.

Le 14 février, je pratiquai une saignée devenue nécessaire par l'état d'irritation de la peau et un état pléthorique occasionné par le surcroît d'appétit.

Le 20 février. — Bien que la malade n'ait plus repris son traitement, son état n'a pas cessé de s'améliorer. Tous les ulcères et trajets fistuleux sont cicatrisés ; il ne reste plus de vestiges des exostoses ; l'éruption et les démangeaisons consécutives ne fatiguent plus la malade ; et réellement elle est, par rapport à son ancienne maladie, dans des conditions de santé tout à fait favorables, et telles qu'elle ne se croyait plus en droit de les attendre.

Le 18 mars. — L'amélioration continue : cette personne est aussi libre de ses jambes qu'avant sa maladie ; et si je lui ai

conseillé de se mettre encore à l'usage de l'iodure de potassium, ce qu'elle a fait pendant une douzaine de jours seulement, ce n'est que pour confirmer de mieux en mieux la guérison et la mettre plus sûrement à l'abri d'une récidive. — Je dois ajouter encore que, pendant le traitement, les croûtes éparses sur le front s'étaient détachées, et les ulcères qu'elles protégeaient, derniers restes du lupus syphilitique qui lui avait labouré une partie de la figure, s'étaient cicatrisés.

Nous ne devons pas en finir encore avec cette observation, et il nous reste une autre phase de cette maladie à décrire. C'est que la guérison dont nous avons parlé ne fut pas définitive, parce que le traitement avait été sans doute trop peu de temps continué. Après quelques mois, en effet, d'un excellent état de santé, cette femme ayant été passer quelques jours dans une ville voisine, et ayant, par suite, fatigué sa jambe beaucoup plus que d'habitude, ce membre s'engorgea, devint douloureux, et bientôt se couvrit de plusieurs ulcères qui, cette fois, ne parurent plus aux points où les premiers avaient existé, mais bien à la moitié inférieure du plan antérieur de la jambe et sur la malléole externe. Celui même qui siégait en cette dernière partie, et qui atteignait jusqu'à la dimension d'une pièce de 5 francs, était le plus irrité et le plus douloureux. La surface de ces ulcères était sanieuse et putride, et leur pourtour induré et très-enflammé. — La malade, voyant que certains pansements qu'elle avait d'abord faits n'amendaient pas l'état de sa jambe, malgré le repos qu'elle se donnait, me fit encore appeler, et je pus ainsi juger toute la gravité de ce nouvel état. Je conseillai impérieusement le repos et des topiques émollients. Ceux-ci ne pouvant être supportés, je voulus essayer les bandelettes agglutinatives de diachylum. Mais la malade ne put seulement pas les endurer pendant douze heures. Ayant alors pensé que l'établissement d'un cautère à pois, appliqué à la jambe malade et au lieu d'élection, pourrait en faciliter la guérison, je le plaçai avec le caustique de Vienne ; mais je remarquai que, jusqu'à la chute de l'eschare, il y eut tout autour plus d'inflammation que d'ordinaire ; et lorsque je crus le moment opportun de faire placer un pois dans la solution de continuité qui tendait à se fermer, j'eus lieu d'être étonné des accidents phlegmasiques qui s'ensuivirent, et force me fut bien de renoncer à entretenir l'exutoire.

Après avoir ainsi varié, sur les ulcères, les applications topiques qui avaient tantôt consisté en cérat simple, cérat opiacé, onguent brun, onguent basilicum, etc., et tantôt en plumas-

seaux humectés d'eau chlorurée, et y avoir reconnu un je ne sais quoi de malin qui rendait le plus souvent ces applications intolérables, je voulus encore administrer l'iodure de potassium, duquel l'absence du retour des exostoses et le maintien de la guérison du front m'avaient paru rendre l'usage moins nécessaire jusqu'alors, et bientôt, par le fait, je pus comprendre que j'avais eu raison d'y recourir encore ; car, dès ce moment-là, un changement subit en mieux se fit remarquer. Malheureusement je fus encore obligé de le suspendre après une quinzaine de jours, parce que cette femme, étant déjà atteinte d'irritation bronchique, il devint manifeste que cette irritation s'accroissait par l'usage de l'iodure de potassium. La malade fut dès lors soumise aux adoucissants, au repos au lit, et elle se pansait presque uniquement les plaies avec des feuilles de plantain bouillies dans du vin, dont l'application paraissait la soulager davantage, ou l'empêcher de souffrir autant. Enfin, le 12 avril dernier, ayant reconnu, dans une visite faite à la malade, que les ulcères des jambes persistaient toujours dans leur mauvais état et au même degré de gravité ; qu'ils continuaient à la faire souffrir beaucoup, surtout pendant les nuits, qui se passaient ainsi presque toutes sans sommeil ; que le front était depuis quelque temps le siége d'un léger gonflement d'apparence érysipélateuse, lequel était occasionné par la présence d'une partie nécrosée de l'os frontal, que l'on touchait en deux points, dénudé de son périoste et depourvu de vitalité ; que cette femme était d'ailleurs sans appétit ; qu'elle maigrissait, et qu'elle présentait d'une manière très-prononcée ce teint jaunâtre et chlorotique qui est généralement propre aux anciennes syphilis, je me décidai encore, l'irritation de poitrine n'existant plus, à recourir au médicament qui semblait être l'unique moyen d'arrêter les graves désordres existants, savoir, à l'iodure de potassium, et je lui prescrivis, en conséquence, la mixture suivante :

P. :	Iodure de potassium,	10 grammes ;
	Eau distillée,	300 —
	M.	

Comme je devais ici me tenir en garde contre l'état irritatif général qu'avait produit auparavant le médicament, en le donnant aux doses par lesquelles je commençais ordinairement à le prescrire, je lui recommandai de ne prendre d'abord que trois cuillerées à café, par jour, de cette mixture, en trois fois, chaque cuillerée étant mise dans un demi-verre d'une tisane mucilagineuse, et de faire usage d'une alimentation végétale et douce. Il fut ainsi fait pendant les cinq premiers jours, au bout desquels

de l'amélioration existait déjà, le sommeil étant paisible durant la nuit, etc. A dater du 18 avril, la malade se mit à prendre six cuillerées à café de son remède en trois fois, c'est-à-dire deux cuillerées chaque fois dans un verre de la tisane mucilagineuse. Cette dose ne fut pas dépassée pendant tout le reste du mois d'avril et la première quinzaine de mai ; et cependant les progrès vers la guérison apparurent de plus en plus manifestes. Ainsi, au 5 mai, des huit ulcères au moins qui existaient à la jambe, vingt-trois jours auparavant, deux seulement persistaient encore, et ceux-ci s'étaient pourtant bien resserrés et avaient revêtu l'aspect des plaies de bonne nature. Les douleurs qu'ils occasionnaient naguère durant la nuit n'existaient plus : l'appétit était revenu franc, bon et réparateur, et en même temps le teint chlorotique du visage avait disparu.—Recommandation fut faite à la malade de modérer son appétit, de ne prendre toujours qu'une alimentation douce, et de ne pas augmenter les doses du remède, lesquelles étaient suffisantes du moment qu'elles continuaient à faire progresser si rapidement vers la guérison. On comprend que je voulais éviter d'être obligé de suspendre encore le traitement, en m'en tenant juste aux proportions suffisantes du remède dont la spécificité était si manifeste encore. Ajoutons que la jambe n'était pansée qu'avec des feuilles de plantain bouillies dans du vin ; ce pansement paraissait mieux convenir à la malade.

Au 15, nous n'avons pas encore augmenté la dose de l'iodure de potassium, et les progrès vers la guérison n'en ont pas moins continué d'une manière graduelle. L'ulcère de la malléole externe est le seul dont la cicatrisation ne soit pas complète, quoiqu'il s'en faille de très-peu. Quant à la partie nécrosée de l'os du front, elle a l'étendue d'une pièce de 2 francs, et l'on peut reconnaître que le travail d'exfoliation tend bien à s'opérer. Mais cette femme est encore rouge du visage ; l'éruption psydraciée commence à se reproduire ; son appétit est très-prononcé et elle a de la peine à le modérer. — Je crois devoir suspendre pour quelques jours le traitement, afin de ne pas laisser prendre plus d'extension à cette surexcitation générale produite par le traitement. En conséquence, repos pendant une quinzaine.

Le 30. — Je trouve que le seul ulcère qui avait persisté était très-notablement réduit et était couvert d'une petite croûte ; mais son pourtour était encore un peu engorgé. L'exfoliation du séquestre frontal n'était pas non plus terminée. L'excitation générale n'existant plus , je prescris encore l'iodure de potassium d'après la même formule que ci-dessus, savoir :

Pr. : Iodure de potassium, 10 grammes ;
Eau distillée, 300 —
M.

A prendre trois cuillerées à café, seulement chaque jour en trois fois, chaque fois dans un demi-verre de tisane de guimauve.

Le 4 juin, au lieu de trois cuillerées à café, la malade en prit six en trois fois dans le jour, et chaque fois les deux cuillerées étaient prises dans une verrée de la tisane de guimauve.

Le 10. — Nous continuons encore aux mêmes doses ; mais déjà la malade est guérie de ce dernier ulcère, et les tissus qui le supportaient ne sont plus enflammés ou engorgés. Tout annonce que la guérison en sera permanente. Quant au front, le travail d'exfoliation n'est pas encore fini, à cause de l'étendue du séquestre. On comprend, au reste, qu'il fait chaque jour des progrès, quoiqu'ils soient lents. C'est d'ailleurs la seule circonstance qui empêche de déclarer la guérison obtenue. Le traitement est continué, et son action est toujours favorable à l'économie et presque trop réparatrice.

Le 26. — Nous revoyons la malade qui a pris son traitement jusqu'à ce jour. Le séquestre s'est détaché de lui-même, favorisé qu'il a été à tomber par l'application de quelques cataplasmes. Il est composé de la lame antérieure d'une partie du frontal. Déjà la solution de continuité qui s'en était suivie a cessé d'exister ou à peu près. Un tissu fin de cicatrice, encore frais et récent, la recouvre. Ainsi se trouve complétée la guérison d'un état syphilitique des plus anciens, des plus invétérés et des plus graves.

On ne peut s'empêcher de reconnaître combien, dans ce cas, a été grande et précieuse la puissance de l'iodure de potassium. Voilà une malheureuse femme sur laquelle une maladie syphilitique avait étendu ses plus cruels ravages, qui en avait été toute défigurée, et que plusieurs traitements par les sirops sudorifiques, les préparations mercurielles, n'avaient pu délivrer du fatal virus. Sans doute un nouveau traitement mercuriel n'aurait pas mieux réussi ; probablement même il n'eût fait qu'exaspérer son état déjà si fâcheux. Un traitement aurifère aurait-il eu plus d'action ? c'est ce qu'on ne saurait dire avec certitude : nous dirons plutôt qu'il ne nous aurait pas inspiré plus de confiance. Et cependant quelle issue pouvait-on entrevoir à un état pareil, sinon une issue funeste, dans une époque plus ou moins prochaine ? Heureusement nous avons observé déjà chez d'autres malades les remarquables effets de l'iodure de potassium ; c'en est assez pour que nous osions promettre la guérison à laquelle

on ne veut pas croire. Cependant nous nous mettons à l'œuvre, et bientôt les progrès vers la guérison se manifestent, les exostoses, les douleurs ostéocopes se guérissent, les larges et profonds ulcéres se cicatrisent.

Mais le traitement ayant été trop tôt suspendu sans doute, et la malade ayant trop fatigué sa jambe, ce membre se recouvre encore de nombreux ulcères. Produits par ce germe de syphilis qui n'avait pas été entièrement extirpé, comme ils sont irrités, douloureux, malins! Aucun topique (et comme ils avaient été variés!) autre que la feuille de plantain, ne peut être supporté. La tentative de l'application d'un cautère pour détourner ces humeurs est très-douloureuse, et d'aucune façon l'application d'un pois pour entretenir l'exutoire ne peut être supportée, malgré le repos absolu du membre. Nous revenons alors à l'iodure de potassium, et aussitôt ce fâcheux état change, une amélioration des plus marquées se déclare; nous avons encore retrouvé le baume pour calmer et guérir tant de maux à la fois!

Ajoutons que, dans les premiers jours du présent mois de septembre, nous avons fait reprendre encore le traitement ioduré, qui sera continué une vingtaine de jours ou tout le mois. Ce n'est que par précaution que nous l'avons prescrit, et pour prévenir une invasion du mal que rien pourtant ne faisait précisément craindre, car la guérison se maintenait.

On aura remarqué que, dans le second traitement, nous nous en sommes tenu à une dose qui n'a pas dépassé un gramme et demi par jour du remède, et que cependant cette dose a bien suffi. *(La suite à un prochain numéro.)*

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 8. *Observation de grossesse abdominale;* par M. CERISE.

(Gazette des Hôpitaux, N° 50, 1846.)

Une dame âgée de trente-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, veuve après huit années de mariage, sans avoir eu d'enfants, est remariée depuis trois ans à un homme de quarante-huit ans. En mars 1845, les règles manquent, et cette suppression s'accompagne de douleurs dans les reins et dans les flancs. M. Cerise appelé prescrit quelques sangsues. A l'époque suivante, les douleurs reviennent plus vives pendant deux jours sans qu'il y ait apparition des règles. A la troisième époque, les règles manquent encore; de violentes douleurs, simulant une périto-

nite partielle à droite, surviennent, sans toutefois s'accompagner de frisson ; le flanc droit présente une sensibilité très-vive ; puis, l'époque passée, il y a rémittence dans les accidents.

A la quatrième époque, les douleurs acquièrent une telle intensité, que la malade inspire les inquiétudes les plus vives. Les seins sont douloureux, le ventre est d'une sensibilité extrême ; il survient de la fièvre, des vomissements bilieux, et la peau prend une teinte ictérique. Le toucher fait reconnaître le col porté un peu à gauche, en avant et en haut, mais ne présentant pas les conditions de l'état de grossesse. M. Cerise craint une grossesse extra-utérine. M. P. Dubois voit la malade, pratique le toucher vaginal et rectal, croit à une grossesse normale. M. Récamier touche également cette dame, et conclut à une conception possible mais encore douteuse. M. Moreau déclare que la dame est probablement grosse, et que la grossesse est normale mais compliquée d'ovarite. En effet, on a constaté depuis quelque temps la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de canard dans le flanc droit.

Cette tumeur augmente de volume, et l'état de la malade s'aggrave ; le ventre devient très-gros ; les extrémités inférieures s'infiltrent ; des lipothymies surviennent fréquemment. Bientôt M. Cerise entend les battements du cœur d'un fœtus, puis des mouvements actifs sont perçus par la malade, et cependant le col utérin n'est pas modifié. Le moral est affecté. De nombreuses consultations ont lieu ; des saignées, des bains sont prescrits vers la fin du septième mois : une péritonite assez aiguë survient, accompagnée de tympanite considérable. Il y a impossibilité absolue de prendre des aliments. L'application de vésicatoires saupoudrés de morphine et fréquemment renouvelés, est pendant trois mois le seul moyen d'obtenir quelque calme. Au huitième mois, une dernière consultation a lieu, et M. Cerise soumet aux confrères réunis les propositions suivantes :

1° Croyez-vous à une grossesse normale de huit mois? Oui.

2° Croyez-vous, dans l'état de souffrance de la malade, à la nécessité de provoquer l'accouchement prématuré artificiel? Cette proposition fut repoussée après discussion, sans qu'aucun des consultés s'arrêtât à l'idée d'une grossesse extra-utérine.

3° M'autorisez-vous à extraire l'enfant aussitôt la mort de la mère, si quelques signes laissent espérer qu'il soit encore vivant? Oui.

Deux jours après, à six heures du matin, après une nuit passée debout au milieu des douleurs les plus atroces, M. Cerise voit cette malheureuse dame en même temps que son accoucheur,

qu'elle avait fait prévenir. Celui-ci touche et ne constate aucune trace de dilatation, rien qui annonçât un commencement de travail, quoique les douleurs présentassent le caractère intermittent des douleurs de l'enfantement. L'idée d'une grossesse extra-utérine ne vient pas à l'esprit de l'accoucheur, qui déclare que la journée se passera sans que l'accouchement ait lieu.

A neuf heures, notre confrère M. Cerise revient voir la malade, et arrive au moment où la mère rend le dernier soupir en se posant sur un fauteuil. Il pratique immédiatement l'incision de la paroi abdominale vers le flanc gauche, et le fœtus se présente immédiatement : il a le volume et la force d'un enfant de huit mois viable : il pèse trois livres et offre un chevauchement des pariétaux et un double pied-bot. Notre confrère convoque immédiatement MM. Moreau, P. Dubois, Récamier, l'accoucheur et M. Brossard, qui plusieurs fois avait vu la malade en ses lieu et place. Pour procéder à l'autopsie, M. Brossard, l'accoucheur et un médecin du voisinage répondent seuls à son invitation. Voici le résultat de l'autopsie :

On trouve dans le flanc droit un corps sphérique, spongieux, vasculaire, du poids de 700 grammes environ, qui paraît être constitué par l'ovaire dégénéré. La trompe est oblitérée de ce côté. A gauche et sous l'hypochondre, se trouve un placenta volumineux pesant 800 grammes ; au-dessous est un espace libre constitué par les adhérences établies entre les divers points du péritoine, sans membrane propre, ne formant pas par conséquent de poche ou de kyste. La matrice a presque son volume normal, et est un peu élevée au-dessus du pubis. Elle ne contient dans sa cavité rien qui rappelle la formation de la caduque. L'ovaire gauche est libre, petit, et la cavité de la trompe est libre de ce côté.

---

9. *Moyens pour éviter les pertes utérines après l'accouchement ;* par M. le docteur Senn (de Genève).

(Bulletin des Académies, janvier 1846.)

M. Senn fait coucher la femme en travail sur un plan plus horizontal, et la tête presqu'au niveau du bassin, afin que les contractions utérines, mieux dirigées suivant les axes pelviens, agissent avec plus d'énergie et d'efficacité.

Il met toujours sous les reins de la femme un large bandage de corps, une nappe souple et forte, destinée à comprimer l'abdomen aussitôt après l'expulsion de l'enfant.

Il suppose l'accouchement naturel par la tête, et dès que

l'enfant a franchi la vulve, il le retire d'entre les jambes de la mère, après s'être assuré de l'état du cordon, et en avoir défait les nœuds autour du cou, s'il en existe. Ensuite il saisit d'une main ce cordon, à 82 millimètres de l'ombilic, sans le tirailler, et refoule avec le pouce et l'index de l'autre main tout le sang qu'il contient, jusqu'à la vulve. Il le serre alors entre ses doigts, pour empêcher le sang de retourner vers l'enfant, et le fait lier près de sa main par un aide, puis il le coupe au-dessous de la ligature.

Il excepte cependant de cette règle le seul cas où l'enfant est faible, pâle, anémique. L'accoucheur doit alors faire le contraire, mais toujours placer la ligature sur le cordon, du côté de la mère, après avoir séparé l'enfant, pour rentrer le plus possible dans les cas ordinaires.

Par ce procédé, il injecte le placenta, et lui donne tout le volume possible; il l'empêche ainsi de se vider, et le force de se détacher à la moindre contraction de l'utérus provoquée par cette masse qui l'arrête. Aussi trouve-t-il toujours le placenta dans le vagin cinq ou six minutes après l'accouchement, et depuis dix ans il cherche en vain un placenta adhérent ou chatonné. Depuis dix ans, il n'a pas porté la main dans l'utérus pour y aller saisir ce corps, tandis que, lorsqu'il coupait le cordon sans le lier et sans en refouler le sang, il rencontrait ces cas-là aussi fréquemment que les autres accoucheurs. Le placenta extrait suivant ce procédé est toujours lourd et volumineux, comme en état d'érection, parce qu'il est gorgé de sang.

Aussitôt après la ligature du cordon, et avant de s'occuper de l'enfant, il serre l'abdomen avec le bandage d'attente, non-seulement pour donner un point d'appui à l'utérus, et remplacer l'action des muscles abdominaux, mais encore pour s'opposer à toute hémorrhagie interne. Cet accident ne peut avoir lieu quand ce bandage est bien appliqué et resserré à mesure que l'utérus revient sur lui-même. Il faut renouveler ce resserrement pour l'ordinaire quatre ou cinq fois dans la même heure. Ce bandage, loin de blesser ou de gêner l'accouchée, lui procure un bien-être remarquable en soutenant les viscères abdominaux, qu'il appuie contre la veine cave et les iliaques. Il empêche ainsi le bouleversement subit de la circulation et le malaise, même la défaillance, qui en sont la suite, comme après la paracentèse de l'abdomen.

On conçoit surtout l'importance de cette compression chez les femmes multipares, dont les tissus sont lâches, le ventre en besace, et l'utérus distendu par des gaz ou par un liquide amnio-

tique trop abondant. Quoique moins indispensable chez les femmes fortes à tissu élastique, dont le ventre revient bien, on ne doit néanmoins jamais négliger ce bandage, parce qu'il est toujours utile et sans aucun inconvénient, quand il n'est que médiocrement serré.

A ces moyens, le docteur Senn ajoute le rapprochement des cuisses et le repos absolu de la femme pendant deux heures. Si elle a soif, il lui fait donner à boire avec un biberon, pour l'empêcher de contracter les muscles abdominaux en levant la tête. Pendant ce temps-là, il se forme dans le vagin un caillot protecteur qui s'oppose à l'hémorrhagie externe. S'il est expulsé, il s'en forme un second, puis un troisième, et ainsi successivement jusqu'à ce qu'il n'y ait plus rien à craindre.

En résumé, le docteur Senn, dans les accouchements simples, quand l'utérus est dans l'état normal, combine l'injection placentaire, la compression abdominale, et l'immobilité ou repos absolu de la femme. Par cet ensemble de moyens, il la met entièrement à l'abri des pertes utérines, et il n'a jamais de ces sinistres dont un accoucheur ne se console pas.

---

10. *Observation de trombus vulvo-périnéal.*

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, janvier 1846.)

La dame N., du village d'Ambrine, âgée de 26 ans, d'une belle constitution, primipare, accoucha le 8 septembre 1845, vers dix heures du matin, au terme de sa grossesse, sans que dans la gestation et le travail de l'accouchement aucun phénomène notable se présentât; seulement, par suite des tractions que fit la sage-femme sur le cordon ombilical à l'effet d'extraire l'arrière-faix, la patiente ressentit une douleur atroce qui ne tarda point à se calmer. Pendant environ deux heures, elle se trouva bien, goûtant dans son lit les charmes de ce repos qui succède aux souffrances d'un premier accouchement. Vers midi survint un sentiment de malaise avec une sorte de syncope. La malade, continuant de se sentir défaillir, se plaignait en même temps aux parties génitales d'une tension douloureuse qui prit bientôt des caractères alarmants; puis des crampes roidirent la cuisse et la jambe gauches, et furent suivies de fourmillements et d'un engourdissement très-douloureux. La malade ne savait que faire de ce membre, ne trouvait aucune position dans laquelle il fût tenable; forcée de tenir la cuisse fléchie, la jambe aussi fléchie et écartée de celle du côté opposé, forcée le plus souvent de le faire tenir par quelques assistants. Une douleur semblable et des altérations locales

dont la sage-femme était témoin pour la première fois, la décidèrent à appeler vite un médecin. Vers une heure et demie M. Ledru arriva près de l'accouchée.

« Une tuméfaction véritablement énorme m'apparut, dit ce praticien. La grande lèvre gauche faisait une saillie considérable. Le périnée était projeté en avant d'une façon arrondie, et se trouvait tellement distendu et la peau tellement tiraillée en tous sens, que de la commissure inférieure de la vulve à l'anus il y avait six à sept travers de doigt. La tumeur remontait dans le vagin aussi loin que le doigt pouvait la suivre ; elle s'appuyait contre la partie droite de ce conduit de façon à en oblitérer la cavité. La douleur à la moindre pression était tellement intolérable que je n'ai pu me faire une idée bien précise de sa forme et de son étendue ; mais, par ce que j'ai vu, je suis convaincu qu'elle surpassait de beaucoup en volume la tête d'un enfant à terme. Je n'ai pu m'assurer également si la tumeur présentait de la fluctuation, la plus légère pression étant, je le répète, insupportable.

« La peau du périnée et des grandes lèvres conservait sa chaleur et presque sa couleur normales ; elle paraissait tant soit peu violacée.

« Le ventre offrait une saillie sensible et une matité notable à la région hypogastrique. La vessie était un peu distendue par les urines, dont l'excrétion était rare depuis le matin.

« Un peu au-dessus de la vessie et à droite, on sentait bien l'utérus qui, quoique revenu sur lui-même, offrait encore un peu trop de volume ; quelques tranchées d'ailleurs laissaient croire qu'il pouvait encore contenir des caillots. L'urèthre et le méat urinaire étaient applatis et effacés par la pression de la tumeur.

« L'écoulement par les parties avait cessé depuis l'apparition de cette tumeur, laquelle, sans nul doute, faisait office de tampon dans la vessie.

« La malade n'était pas épuisée quand je la vis, bien qu'elle eût beaucoup souffert. Le pouls avait encore un certain développement et battait environ 80 fois par minute.

« Le diagnostic ne pouvait être douteux. A part l'existence d'une hernie, nulle autre lésion qu'une tumeur sanguine considérable ne pouvait se présenter à mon esprit. Or, bien que l'on ne pût raisonnablement reconnaître là le siége exact et la forme d'une hernie soit inguinale, soit crurale, il fallait, dans la supposition d'une semblable lésion survenue en si peu de temps, ou que la hernie fût simple, ou qu'elle fût compliquée d'étranglement. Dans le premier cas, nous n'aurions eu ni la sensibilité si

grande à la pression, ni le prolongement de la tumeur dans les parties supérieures du vagin, et puis le taxis aurait pu être employé avec succès ; dans le second cas, outre la présence de la tumeur et la vive sensibilité, nous aurions eu les phénomènes nombreux qui forment le cortége de tout étranglement inflammatoire.

« J'ai cherché à remonter aux causes d'une si singulière altération, et la malade m'a accusé que, dans les manœuvres exécutées par la sage-femme pour extraire le placenta, une traction assez forte avait détaché l'arrière-faix avec un craquement bien manifeste. En même temps, dans le bas-ventre, une douleur bien vive s'était fait sentir, laquelle s'était vite calmée pour reparaître deux heures plus tard, et parvenir d'une manière toujours croissante à cet état d'exaltation insupportable. Y a-t-il eu dans cet effort tiraillement en bas de l'utérus et déchirure de quelques vaisseaux situés dans la couche cellulo-vasculaire du vagin, également tiraillés ? Je crois qu'il serait difficile d'assigner une autre cause à cette tumeur. Madame Lachapelle trouve la cause du même accident dans la disposition spéciale au vagin, et qui consiste dans une structure variqueuse ou fongueuse, avec augmentation du volume et mollesse des veines, lesquelles, en raison de cette altération, sont plus facilement déchirées dans le travail de l'accouchement. Dans le cas qui nous occupe, la traction paraît avoir agi d'une manière assez directe sur ce tissu variqueux pour y produire quelque déchirure.

« Il semble que, dans cette circonstance, la première indication aurait dû consister à vider la cavité où le sang s'était accumulé. Telle fut du moins ma première idée, ainsi que le conseillent également les accoucheurs. Mais il me paraissait assez probable que le travail hémorrhagique ne se fût pas borné si les caillots avaient eu une issue large dans ce moment, et c'eût été chose peu facile que de tamponner dans une poche aussi vaste. Je jugeai plus prudent de remettre au lendemain matin et de conseiller quelques fomentations d'eau blanche, un bain de fauteuil aromatique, etc... L'introduction de la sonde dans l'urèthre offrant quelques difficultés, j'attendis.

« Le 9 au matin, le membre pelvien gauche ne présentait plus qu'un fort engourdissement. Sans doute la compression du nerf fémoral et du plexus sacré était, par son intensité et sa continuité, la cause de cette paralysie commençante. La malade avait pu sommeiller un peu vers le jour.

« L'état des parties génitales et du périnée était, pour le volume, le même que la veille. La grande lèvre droite était infil-

trée. Les parties gonflées étaient fortement violacées ; et tandis que les parties voisines avaient leur température normale, celles-là offraient un refroidissement cadavérique. La circulation était donc suspendue dans ces portions, et un sphacèle considérable était imminent. Je commençai par faire quelques mouchetures çà et là, et à la sensibilité de la malade je pus discerner les parties vivantes de celles où la vie avait momentanément cessé ; puis, dans la direction de la grande lèvre gauche à l'anus, je pratiquai une incision d'environ 6 centimètres, et en y introduisant l'index et le médius de la main droite, j'en retirai une masse de caillots noirs ; un peu de sang liquide également noir s'en échappa. Des injections furent pratiquées et continuées avec environ 7 à 8 parties d'eau tiède et 2 à 3 parties d'oxyde de sodium ; un gâteau de charpie trempé dans ce mélange fut introduit dans le foyer ; dans les parties, des injections d'eau du mauve chaude. En même temps je permis quelques potages, et je fis prendre une infusion de quinquina. Quelques jours après, la cavité avait considérablement diminué. A part quelques plaques grisâtres très-minces du tissu cellulaire gangrené, les tissus étaient revenus, par leur élasticité, sur eux-mêmes, toutefois le périnée toujours un peu saillant en avant et occupant plus d'espace qu'à l'état normal. La malade avait du lait et allaitait son enfant.

« La gêne et l'impossibilité de marcher et même de s'asseoir la retinrent au lit jusqu'au 22. A cette époque, elle commença à se lever et à marcher passablement. Le 26, je la revis, et fus bien surpris de la trouver fort leste et bien avancée dans sa guérison. En effet, la plaie se trouvait presque fermée ; on pouvait à peine y loger une amande. Tout me permet de croire que dans peu de jours la guérison sera parfaite. »

MALADIES DES FEMMES. — 11. *Quelques remarques sur le thrombus de la vulve ;* par M. VELPEAU.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, mars 1846.)

Le *trombus*, ou tumeur sanguine de la vulve, déjà mentionné par Kronauer (1734), par Levret et par quelques autres, puis par Boer, par M. Audibert, avait cependant été omis dans presque tous les ouvrages de pathologie et de tocologie modernes. C'est à M. Deneux qu'on doit d'en avoir rassemblé la plupart des observations connues, d'en avoir donné une histoire à peu près complète. Cette tumeur, qui envahit parfois les deux côtés de la vulve, n'occupe cependant qu'une des grandes lèvres ou une partie de l'intérieur du vagin, dans la plupart des cas. Du volume

d'une noix, d'un œuf, du poing, elle peut arriver jusqu'aux dimensions d'une tête de nouveau-né; d'une teinte noirâtre, comme charbonnée, elle se montre sous la forme d'une bosselure globuleuse, sphéroïdale ou elliptique, et faisant principalement saillie sur la face glabre des grandes lèvres ou de l'intérieur du vagin.

Ordinairement indolente, la tumeur sanguine de la vulve est généralement molle, vaguement fluctuante sur son point culminant, sur sa région interne notamment. Le côté fémoral ou pubien en est, au contraire, assez dense, assez résistant pour y rendre la fluctuation douteuse en ce sens. En la pressant entre les doigts comme pour l'étrangler, pour l'attirer au-dehors, on constate bientôt qu'elle est indépendante du squelette du contour du bassin, et que les parties molles seules lui ont donné naissance; c'est-à-dire qu'on la fait aisément mouvoir avec la grande lèvre tout entière sur le contour du détroit inférieur.

Quand, avec les caractères que je viens d'indiquer, la tumeur s'est développée rapidement, dans l'espace de quelques heures, par exemple, il est difficile de ne pas en saisir immédiatement le diagnostic. Un abcès, un kyste, toute autre tumeur se développe d'une façon très-différente, et se montre sous des formes anatomiques telles que la confusion en est véritablement impossible.

La fréquence du thrombus de la vulve est très-grande. J'en ai observé jusqu'à présent (1846), pour ma part, plus de trente exemples. M. Deneux en a rassemblé environ soixante cas dans son Mémoire, et j'en ai signalé moi-même (*Tocologie*, t. II, p. 645) un assez bon nombre qui avaient été oubliés par cet auteur, ou qui ont été publiés, observés depuis son travail.

Si les écrivains n'en ont point tenu compte, ou semblent les avoir considérés comme rares jusqu'à ces derniers temps, il faut évidemment s'en prendre à ce qu'elles ont souvent été confondues avec des tumeurs ou des maladies d'une autre espèce. Ainsi, il me paraît chair que la tumeur décrite sous le nom de *gangrène* par Formi (*Collection* de Bonet, t. IV, p. 197) était réellement un thrombus de la vulve.

La femme dont parle cet auteur était âgée de trente ans. Il lui vint une *grosse tumeur* à la grande lèvre droite par suite d'une *blessure*. « Ayant négligé ce mal l'espace de trois ou quatre jours, dit Formi, finalement la *gangrène* y vint. Je fis faire de grandes et profondes incisions dans la partie interne de la vulve; puis mettant les mains dans lesdites incisions, j'en tirai de grands *grumeaux de sang* jusqu'à la quantité d'une livre et demie. Le tout fut ensuite cicatrisé par l'eau vulnéraire. » Ces quelques

mots de l'auteur ne permettent pas, ce me semble, de méconnaître, dans son observation, un exemple de tumeur sanguine de la vulve au lieu d'une gangrène.

De La Motte dit, d'un autre côté (*Traité de Chirurgie*, t. II, obs. 248, 249, édition Sabatier), que chez une dame qui se heurta la vulve contre une chaise, il survint une tumeur de la grosseur du bras dans l'une des grandes lèvres. Le célèbre chirurgien de Valognes n'eut, dit-il, d'autre attention, dans ce cas, que de faire résoudre le sang extravasé qui remplissait cette *grosse lèvre*.

Une demoiselle, qui était tombée sur l'angle d'une bûche, et qui fut observée par le même auteur, vit une de ses grandes lèvres acquérir promptement le volume du poing. De La Motte ouvrit cette tumeur et en retira une grande quantité de sang très-noir, en partie coagulé, en partie liquide.

Maintenant que tous les chirurgiens sont au courant de ce qui concerne le thrombus de la vulve, il serait superflu de multiplier les exemples pour prouver que les anciens auteurs en avaient rencontré un grand nombre de cas.

Un fait restait cependant à éclaircir. Le travail de M. Deneux, comme celui de M. Legouais (*Dictionnaire des Sciences médicales*), porterait à croire que le thrombus des grandes lèvres est en quelque sorte une maladie propre aux femmes qui accouchent, ou qui viennent d'accoucher. Il est bien démontré maintenant, au contraire, que la femme est sujette à ce genre de tumeurs à toutes les périodes et dans toutes les conditions de la vie. Depuis 1833, époque à laquelle j'ai appelé pour la première fois l'attention sur ce fait (*De la contusion dans tous les organes*, thèse de concours, etc.), les observations qui prouvent que les femmes non mariées, que les femmes hors l'état de gestation, sont souvent atteintes de tumeurs sanguines des grandes lèvres, se sont multipliées à l'infini.

Hors l'état de grossesse, j'en ai observé jusqu'à six cas dans une même année, et maintenant j'en possède près de vingt. J'ai observé le trombus de la vulve chez une jeune fille de quatorze ans, à peine pubère, et qu'un homme avait violentée, nous a-t-elle dit. D'autres fois, c'était chez de jeunes personnes de 18, 20, 25 à 30 ans ; des femmes de 35, 40, 50, 60 ans même, m'en ont aussi offert des exemples. Les cas empruntés à De La Motte, et une foule d'autres observations disséminées dans les ouvrages ou les journaux des deux derniers siècles, auraient d'ailleurs dû ouvrir les yeux sur ce chapitre, car ils concernent presque tous des femmes hors l'état de gestation. Ainsi, les femmes en travail d'enfantement ne sont pas seules exposées au thrombus de

la vulve. Le thrombus de la vulve se manifeste presque aussi souvent chez les femmes qui ne sont point enceintes que chez celles qui accouchent.

Au surplus, il suffit de songer un instant à la nature du mal, ici, pour voir que l'accouchement ne peut être qu'une des causes et nullement la cause unique de la tumeur. Le thrombus de la vulve, en effet, résulte tout simplement de quelque déchirure de vaisseaux, quelquefois avec plaie, presque toujours sans plaie des téguments. Or, il est impossible qu'une collection de sang due à une telle lésion ne puisse pas s'établir à la vulve sous l'influence de toute espèce de choc, de pression, de tiraillement, de violence mécanique, aussi bien qu'ailleurs. De sorte donc que chez les femmes qui ne sont pas grosses, le thrombus des grandes lèvres pourra résulter d'une chute sur l'angle d'une chaise ou le coin d'une bûche, comme chez les malades dont parle De La Motte ; ou bien d'un coup de pied, comme je l'ai vu souvent, d'une chute sur le brancard d'une voiture, sur le bord d'un baquet, sur le côté d'une baignoire, ainsi que j'en ai vu des exemples ; mais une des causes le moins souvent avouées et des plus fréquentes peut-être en réalité de cette maladie, se trouve dans des excès de coït. J'en ai rencontré un certain nombre d'exemples chez les filles publiques, ou chez les jeunes femmes qui s'étaient livrées sans réserve aux plaisirs vénériens, sans qu'il fût possible de rapporter le mal à une autre cause.

Le mécanisme du thrombus serait d'ailleurs le même alors que pendant l'accouchement. On ne peut effectivement nier que la tumeur sanguine des grandes lèvres ne soit due, le plus souvent du moins, chez la femme qui vient d'accoucher, au froissement exercé contre la vulve par la tête du fœtus, en traversant le détroit inférieur du bassin et l'ouverture externe des organes génitaux.

Il est vrai cependant que la pression effectuée par la matrice, ou par certaines parties de l'enfant sur les organes contenus dans le bassin ou dans le ventre, doit, en gênant le retour du sang vers le centre, favoriser la dilatation des vaisseaux de la vulve au point de rendre facile dans cet endroit les déchirures veineuses, et par suite les épanchements de sang ; c'est-à-dire que la grossesse est une cause prédisposante du thrombus de la vulve, et que la sortie de l'enfant en est une cause occasionnelle non douteuse : ce qui n'empêche en aucune façon les différentes sortes de violences extérieures de produire la même maladie quand elles agissent directement sur la vulve, que la femme soit enceinte ou non.

Il faut convenir néanmoins que, règle générale, le thrombus de la vulve acquiert ordinairement plus de volume chez les femmes qui ne sont point enceintes. J'ajouterai que c'est aussi chez les femmes en couches qu'on a surtout observé les thrombus survenus sans violence extérieure apparente ou spontanément.

Une fois établi, le thrombus de la vulve se comporte comme le font les tumeurs sanguines en général. La tumeur peut subir diverses transformations : ou bien le sang épanché disparaît insensiblement, et le mal se termine par résolution ; ou bien la partie fluide de la collection est seule résorbée, et le caillot qui reste constitue à la longue une tumeur concrète dont la nature semble quelquefois difficile à préciser. D'autres fois encore c'est la partie concrète qui disparaît, tandis que la partie fluide augmente de proportion : de là un kyste rempli ou de matière pultacée, roussâtre, ou de substance onctueuse et demi-transparente, ou de sérum proprement dit. Dans d'autres cas, enfin, la tumeur s'échauffe, s'enflamme et se transforme en un véritable abcès sanguin.

C'est hors l'état de gestation surtout qu'on observe ces diverses phases de la maladie, attendu que le médecin est rarement consulté alors dès le principe ; que beaucoup de femmes hésitent à parler d'une semblable affection, et que la pudeur ou tout autre motif les porte fréquemment à en cacher la cause ou l'origine. Au moment de l'accouchement, c'est tout le contraire : la tumeur naît en quelque sorte sous les yeux du chirurgien, et le mal peut recevoir aussitôt tous les secours que la thérapeutique permet de lui opposer. Il est vrai aussi qu'au moment de l'accouchement le thrombus de la vulve occasionne généralement des douleurs plus vives que chez les femmes libres, sans qu'il y ait pour cela d'inflammation dans la tumeur. J'ai vu plusieurs fois, une fois entre autres avec M. le docteur Bonis, les femmes jeter en pareil cas des cris perçants pendant plusieurs heures. M. Reeve (*Journal des Progrès*, t. VIII) cite même une malade qui en éprouva plusieurs syncopes. A part quelques exceptions, cependant, les trois ou quatre premiers jours étant passés, la tumeur sanguine des grandes lèvres peut persister indéfiniment sans causer de souffrances réelles, et à l'état de tumeur indolente comme toute autre espèce d'hématocèle. J'ajouterai que du côté du mont de Vénus ou du canal inguinal, où je l'ai observé quelquefois, que dans la moitié supérieure des grandes lèvres, le thrombus m'a paru causer moins de douleurs, être moins disposé à s'enflammer que dans la portion périnéale de la vulve.

Les praticiens doivent être avertis, en outre, que, du côté du

périnée, le thrombus qui s'enflamme, qui se transforme en abcès, donne issue, quand on l'ouvre ou quand il s'ouvre, à une matière ordinairement très-fétide, d'une odeur qui ferait aisément naître la pensée d'une ouverture intestinale. C'est là un fait que j'ai constaté maintenant un très-grand nombre de fois, et que j'ai signalé dès l'année 1830. L'odeur tient ici au voisinage du rectum, par la raison qui fait que toute collection de liquide purulent revêt facilement l'odeur des matières qui stagnent dans les canaux tapissés de membranes muqueuses du voisinage. Prévenu de cette particularité, le chirurgien n'en concevra aucune crainte, et ne se laissera point effrayer par l'idée d'une fistule à l'anus.

Le *pronostic* des tumeurs sanguines de la vulve n'est pas très-grave, quoiqu'il le soit un peu plus cependant que celui des tumeurs sanguines en général. On en a évidemment exagéré le danger. Si la mort en a été la suite chez quelques malades, dans le cas de Stendel en particulier, c'est qu'il s'était fait alors une hémorrhagie considérable, puisqu'il s'était échappé, dit-on, jusqu'à sept livres de sang de la tumeur. Quand le thrombus a eu le temps de se transformer en tumeur concrète, en kyste pultacé, en kyste séreux, la maladie appartient à une autre classe de tumeurs, et ne fait plus partie des tumeurs sanguines proprement dites. Ce que je dis en ce moment du pronostic ne doit par conséquent s'entendre que des premiers temps de la maladie, que du thrombus véritable, et non du thrombus dégénéré ou enflammé.

Le *traitement* du thrombus de la vulve varie nécessairement selon que la tumeur est petite ou grosse, avec ou sans solution de continuité à la peau, avec ou sans amincissement des téguments, avec ou sans inflammation. Je n'ai pas besoin de dire que l'infiltration sanguine pure et simple des grandes lèvres ne réclame aucun soin particulier, qu'elle se dissipe sous l'influence des mêmes précautions et par le même mécanisme que les ecchymoses, les infiltrations de sang plus ou moins larges ou profondes de toute autre région du corps. Il est juste d'ajouter que le thrombus lui-même doit être, en général, soumis, dans les grandes lèvres, aux mêmes règles de thérapeutique que partout ailleurs.

A moins qu'une solution de continuité n'existe aux téguments, c'est aux résolutifs qu'il convient d'abord de s'adresser. On applique sur la tumeur des linges imbibés d'eau de Saturne pendant un jour ou deux, afin de modérer la tendance inflammatoire, de remédier à la douleur, s'il en existe, et de resserrer modérément les tissus. Un peu plus tard, les solutions salines, la solution de sel ammoniac surtout, sont substituées avec avantage à

l'acétate de plomb délayé. Ces simples topiques suffisent, en général, avec le temps, pour résoudre la tumeur, qui, on doit en être prévenu, se dissiperait d'ailleurs spontanément, si on savait attendre, chez un bon nombre de femmes. Toutefois, lorsque, au bout de quinze ou vingt jours, le volume du thrombus ne change plus, sans qu'il paraisse s'y établir de travail inflammatoire, il est probable que d'autres secours deviendront nécessaires.

Ce qui empêche alors la matière épanchée de disparaître, c'est l'espèce de kyste dont elle s'est entourée. Si donc ce kyste n'existait pas, les chances de la résolution reparaîtraient. En conséquence, l'indication serait de le rompre, d'en détruire la continuité. On atteint ce but de deux façons : 1° avec une sorte de lance qu'on introduit par ponction dans le foyer pour en déchirer les parois profondément et assez largement : en pressant sur le kyste, on force ensuite le sang à s'infiltrer, à s'épancher dans les tissus voisins ; 2° par l'écrasement pur et simple de la tumeur. Cet écrasement, qui n'est pas toujours facile, qui n'est point applicable quand la peau est douloureuse ou écorchée, que la paume des mains doit pouvoir effectuer, a pour but d'éparpiller le liquide épanché dans le tissu cellulaire de tous les environs, et de vider ainsi le thrombus aussi complétement que possible. Toutes choses égales d'ailleurs, l'écrasement pur et simple doit être préféré à l'écrasement avec ponction préalable. Sans la ponction, l'écrasement ne donne presque jamais lieu à l'inflammation du kyste, et la guérison est en quelque sorte instantanée. Avec la ponction, on a une petite plaie qui suppure quelquefois, et qui donne, dans certains cas, naissance à une réaction inflammatoire de tout le thrombus. Du reste, avec ou sans ponction, l'écrasement exige qu'on lui associe une compression avec des linges imbibés de liqueurs résolutives et maintenus pendant un jour ou deux sur toute la place qu'occupait la tumeur.

Chez les femmes en couches, le thrombus est en général trop volumineux, et surtout trop douloureux, pour que l'écrasement en soit ou possible ou convenable ; le foyer repose d'ailleurs, à la vulve, sur des parties trop inégales ou trop peu solides pour que ce genre de médication convienne ordinairement. Si l'écrasement de la tumeur méritait la préférence en pareil cas, il suffirait, quand elle se montre avant la fin du travail, de laisser au progrès de l'accouchement tout le soin de la cure ; car, en traversant la vulve, la tête de l'enfant pourrait rompre le kyste sanguin. Sur ce dernier point, l'observation montre, du

reste, que dans les cas où l'on a laissé faire la nature, le thrombus s'est plutôt déchiré vers les parties profondes que du côté de la peau. Ainsi, à part quelques cas exceptionnels de tumeurs petites, indolores, chez des femmes en dehors de l'état de gestation, la rupture du thrombus avec ou sans ponction préalable, doit être rejetée comme infidèle ou insuffisante.

L'emploi des *caustiques* ne convient point ici. Leur action est trop lente, trop inégale, pour qu'un praticien éclairé leur donne la préférence. Ce ne serait que chez les femmes qui, loin de la couche, auraient besoin qu'on ouvrît leur thrombus, et qui se refuseraient absolument à l'emploi de l'instrument tranchant, qu'on pourrait, à la rigueur, invoquer ce genre de médication.

L'*incision* est donc, en définitive, le remède *efficace* des tumeurs sanguines de la vulve qui ont résisté au traitement résolutif, ou qui, soit par leur volume, soit à cause des accidents qu'elles provoquent ou qui les compliquent, ne permettent pas la temporisation. Toutefois, l'incision n'est pas adoptée en pareil cas par tous les chirurgiens. Plusieurs praticiens prétendent, en effet, que la résolution du thrombus est presque constamment possible, et qu'il est dès lors pour le moins inutile de plonger le bistouri dans la tumeur. D'autres regardent, en outre, l'opération comme dangereuse. A en juger par ma pratique, on se trompe, on va trop loin des deux côtés. J'ai vu des tumeurs sanguines de la vulve, abandonnées à elles-mêmes ou traitées par tous les moyens résolutifs imaginables, ne point disparaître et persister indéfiniment, soit à l'état stationnaire, soit en continuant de s'accroître, soit en subissant diverses transformations.

Quant aux dangers, c'est à l'hémorrhagie qu'on les rapporte principalement. Cette hémorrhagie est devenue, dit-on, si abondante, que la mort s'en est suivie dans un assez grand nombre de cas. Il me semble qu'ici on s'est mépris sur la source de l'accident : il n'est pas possible, en effet, que l'hémorrhagie ait été produite par l'incision du thrombus, attendu qu'il n'y a là aucune artère, aucun vaisseau assez important pour rendre raison du fait. Il faut donc que l'hémorrhagie ait été tout simplement une continuation de l'accident qui avait amené l'épanchement de sang dans le thrombus. Alors l'hémorrhagie ne se rapporterait plus à l'incision de la tumeur, et ne serait qu'une continuité de la maladie proprement dite. Il est au moins positif que j'ai pratiqué l'incision de plus de vingt thrombus de la vulve, et que je n'ai point encore vu d'hémorrhagie survenir après cette opération. En supposant même que l'hémorrhagie dont on parle se mani-

festât, rien n'empêcherait de mettre en usage une compression solide, soit en tamponnant l'intérieur du kyste, soit en agissant au moyen de compresses graduées à travers les parois du thrombus, puisque la forme et la disposition des parties se prêteraient volontiers à ce genre de pansement. Il n'est pas jusqu'à la cautérisation qui ne fût d'un emploi facile en pareil cas, si l'accident prenait un caractère véritablement inquiétant, et si les autres ressources ne suffisaient pas à y porter remède.

Ainsi donc, l'incision n'expose point par elle-même à l'hémorrhagie quand on l'applique aux thrombus de la vulve. Elle ne pourrait rappeler la sortie du sang qui se fait par les vaisseaux rompus que si quelque grosse artère se trouvait au fond du foyer ; encore ce danger-là n'existerait-il que dans les premiers jours. Alors, au surplus, il s'agirait plutôt d'un anévrysme faux primitif, diffus ou circonscrit, que d'un thrombus proprement dit.

Une autre question relativement à ce moyen : est-ce une *petite*, est-ce une *grande* incision qui convient le mieux ? Pour moi, je n'hésite pas à le dire, une fois l'usage du bistouri reconnu nécessaire, l'incision doit être grande plutôt que petite : étroite, elle ne donnerait issue qu'à la partie fluide de la matière épanchée, et ne remplirait que très-incomplétement le but. Une large fente n'expose pas sensiblement plus à l'inflammation du foyer qu'une incision d'un centimètre d'étendue, et elle donne toute liberté de vider, de nettoyer la cavité du kyste. Les artérioles, qui pourraient être divisées d'une façon plutôt que de l'autre, sont trop petites ou trop faciles à saisir et à lier, ou à tordre, dans les lèvres de la plaie, pour modifier à cet égard la pratique du chirurgien.

L'incision une fois pratiquée, quelques chirurgiens ont pensé, avec Dewees, qu'il fallait abandonner la tumeur à elle-même et lui laisser le temps de se vider spontanément, qu'on ne devait exercer sur elle aucune pression. Une telle pratique ne doit point être imitée, et ne peut invoquer en sa faveur aucune raison plausible. Elle ne remédierait à rien, si ce n'est à la douleur, dans quelques cas, par le simple débridement qu'elle aurait opéré. Il faut, au contraire, débarrasser le kyste des caillots qu'il contient, le laver à grande eau, le remplir ensuite de boulettes de charpie, pour appliquer par-dessus un large cataplasme de farine de lin quand il y a beaucoup de douleur et d'inflammation, ou bien, dans les autres cas, un gâteau de charpie beurré de cérat, puis des linges imbibés d'eau de Saturne.

La région du kyste qui doit recevoir la pointe du bistouri mérite aussi d'être examinée. Là, on peut dire qu'il y a un lieu

d'élection et un lieu de nécessité. Si quelque région du thrombus est très-amincie, saillante, sur le point de se rompre, c'est elle qui doit être incisée, *c'est le lieu de nécessité.* Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque les parois du foyer conservent partout une certaine épaisseur, l'incision offre plus d'avantages sur la région cutanée, ou au moins près du bord libre de la grande lèvre, que sur le côté interne de la vulve et près du vagin. Il est bien entendu, en outre, que la plaie doit se prolonger, autant que possible, par son extrémité inférieure, jusqu'au point déclive de la tumeur. Je reviendrai, en traitant des abcès de la vulve, sur les motifs de la préférence que j'accorde ici à l'incision du thrombus en dehors, comme *lieu d'élection,* plutôt qu'en dedans des grandes lèvres.

Je ne puis terminer cet article sans faire remarquer que, chez les femmes enceintes, avant la fin de l'accouchement, le thrombus est un véritable obstacle à la sortie de l'enfant, et qu'il n'y a guère moyen alors d'en éviter, d'en différer l'incision. Disons, en outre, que chez les nouvelles accouchées il est ordinairement assez douloureux pour exiger qu'on y remédie promptement, et qu'ici encore l'incision en est le seul remède raisonnable.

En somme, à part les quelques détails spéciaux que je viens de donner, le thrombus de la vulve doit être comparé, sous le rapport des causes, du mécanisme, du pronostic et de la thérapeutique, aux tumeurs sanguines en général. Je dois dire aussi que les tumeurs sanguines du vagin qu'on observe presque exclusivement pendant l'accouchement ou peu de temps après, et dont M. Deneux a rassemblé un bon nombre d'exemples, se confondant presque toutes avec le thrombus de la vulve, ne doivent pas m'occuper autrement dans cet article.

Quant à la terminaison du thrombus de la vulve par gangrène, terminaison dont M. Vidal mentionne deux exemples (*Pathol. chir.*, t. v, p. 732), et qui est d'ailleurs fort rare, elle n'exigerait rien qui ne soit également indiqué pour les contusions ou les tumeurs sanguines en général, Il en est de même de l'inflammation et de la suppuration qui peuvent suivre l'ouverture du foyer.

MALADIES DES ENFANTS. — 12. *De l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants, et de son traitement par les ferrugineux.*

(Bulletin général de Thérapeutique, février 1846.)

L'incontinence d'urine, dans les conditions où nous nous proposons de l'étudier ici, est encore une de ces maladies dont la

thérapeutique est fort incertaine, parce que la cause prochaine en est souvent assez difficile à déterminer. Presque tous les anciens auteurs la faisaient dépendre à peu près exclusivement d'un état de débilité soit générale, soit locale, et basaient sur cette donnée la thérapeutique par laquelle ils s'efforçaient de la combattre. Sans nier d'une manière absolue l'influence de cette dernière cause, les auteurs modernes, en général, admettent que, dans l'énurésie nocturne, la muqueuse vésicale jouit d'une irritabilité trop grande, et qu'en raison de cette disposition, dès qu'une certaine quantité d'urine est accumulée dans l'organe, celui-ci se contracte pour l'expulser. Maintenant, de quel côté se trouve la vérité ? Nous croyons, pour nous, que l'opposition que manifestent ces deux conceptions est plus apparente que réelle : nous allons essayer de le montrer en peu de mots.

S'il est un fait bien démontré en pathologie, c'est que la force de la constitution est loin d'être la mesure de l'irritabilité des tissus. Voyez ce qui se passe chez les lymphatiques et les scrofuleux ; combien ils se montrent impressionnables à l'action des stimulants normaux de la vie ! Le système muqueux surtout jouit d'une irritabilité extrême. Il suffit de l'action d'une lumière un peu prolongée pour que la conjonctive s'irrite et se phlogose : dans le régime tonique qu'on leur prescrit, et par lequel on se propose de fortifier leur constitution languissante, si l'on n'en surveille avec un extrême soin l'action sur la muqueuse gastro-intestinale, on ne tarde point à voir survenir de ces inflammations sourdes qui, enrayant la nutrition, portent une atteinte profonde, et souvent irremédiable, à la constitution. Il en est encore de même des bronches et du tissu pulmonaire ; il est incontestable qu'un air sec et vif est un véritable tonique, sous l'influence duquel on voit la vie se relever de cet état de torpeur dans lequel elle semblait comme engourdie ; mais qu'on dépasse les limites dans lesquelles cette influence doit être maintenue pour être efficace, bientôt on voit s'établir un état catarrhal qui prépare lentement les affections les plus graves. Or, la vessie n'échappe pas plus que les autres organes à cette loi pathologique : de même que sous l'influence de l'alimentation la plus simple on voit souvent la muqueuse intestinale développer une irritabilité véritablement morbide, ainsi la muqueuse vésicale s'irrite au contact d'une urine dont la composition chimique est parfaitement normale. C'est ainsi que se trouve expliquée l'apparente contradiction que présentent les deux théories que nous avons d'abord rappelées.

La thérapeutique de cette affection, telle que l'ont formulée

les partisans de l'une et de l'autre de ces doctrines, vient encore confirmer la vérité du rapprochement, du syncrétisme pratique que nous proposons d'établir en ce moment. Demandez en effet aux auteurs qui posent en principe que l'énurésie nocturne dépend d'une irritabilité anormale de la muqueuse de la vessie, quels moyens ils opposent à cette maladie, et ils vous répondront que, dans presque tous les cas, tenant compte de la faiblesse que présentent les malades, ils ajoutent un régime tonique aux agents divers par lesquels ils se proposent de modifier la sensibilité de la muqueuse qui revêt les parois internes de la poche urinaire. C'est ainsi que, dans la pratique, ils se rapprochent de ceux dont en théorie ils semblent d'abord si éloignés : et c'est là de la bonne pratique; car, sans prétendre que par le seul usage des simples modificateurs de la sensibilité de la vessie on ne soit jamais parvenu à guérir l'incontinence d'urine nocturne, nous sommes convaincu cependant que les cas où cette médication suffit sont les plus rares, et que le plus souvent il est besoin de tonifier, de fortifier les sujets atteints de cette maladie.

C'est surtout l'utilité de cette dernière pratique que nous nous proposons d'établir dans cet article, et, pour arriver à ce but, c'est, comme toujours, sur l'autorité des faits cliniques que nous nous appuierons.

Pour bien juger de la nature de l'énurésie nocturne, il faut l'étudier à son point de départ, bien préciser les conditions de la vie au milieu desquelles on la voit se développer d'abord. Malheureusement, les auteurs qui se sont occupés de cette question au point de vue de la pratique se sont presque tous bornés à indiquer l'état de la santé, les caractères généraux de la constitution au moment où ils observaient la maladie, sans remonter aux circonstances diverses de son origine. Force nous est donc, sur ce point, de nous borner aux renseignements que nous avons pu obtenir dans le cercle de notre observation personnelle. Or, voici, sur ce côté de la question, ce que nous a appris l'expérience. Parmi les enfants en bas âge (cinq ou six ans) qui sont atteints d'énurésie nocturne, on trouve que la plupart ont la peau décolorée, le système musculaire grêle, ils sont mous et indolents. Parmi ces derniers, on en trouve un bon nombre chez lesquels ces caractères de débilité disparaissent; mais, tant que dure l'infirmité, ils restent mous, sans énergie au physique comme au moral. Nous ferons, sous ce dernier rapport, une remarque qui paraît avoir échappé aux auteurs qui ont touché à cette question : c'est que chez les jeunes filles, ou chez les garçons qui, passé un certain âge, restent sujets à cette infir-

mité, l'intelligence manque de ressort, le développement de la puberté même n'éveille point leurs facultés engourdies; ils restent de grands enfants au moral, bien qu'ils ne le soient plus sous le rapport du développement des grandes fonctions de l'organisme. Y a-t-il quelque rapport entre ce développement incomplet de l'individu et la lésion de l'excrétion urinaire? Il est si constant, qu'il nous paraît difficile de le nier. Mais comment expliquer le fait que ce rapport exprime? Si la jeune fille atteinte d'énurésie nocturne reste étiolée au moral, si nous pouvons ainsi dire, bien qu'elle présente à l'extérieur tous les attributs de la santé la plus florissante, supposera-t-on que c'est le sentiment d'une infirmité qui l'humilie à ses propres yeux, qui la décourage, et empêche ainsi le développement de ses facultés? Peut-être cette réaction n'est-elle pas complétement étrangère à l'étiologie du fait que nous signalons; mais nous pensons pourtant que, quand on observe d'un peu près le sujet dont il s'agit, on se convainc facilement que là n'est point l'unique cause de ce manque de développement des facultés de l'intelligence. Le système nerveux est retardé dans son évolution physiologique, et l'un des appareils placés sous sa dépendance ne fonctionne, lui aussi, qu'incomplétement. Pour mieux marquer ce rapport, qu'on nous permette de citer succinctement un fait, dont nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici tous les détails.

Mme X..., âgée aujourd'hui de trente-quatre ans, est restée pendant toute son enfance sujette à l'énurésie nocturne; des moyens de toutes sortes ont été tour à tour employés pour combattre une infirmité qui faisait le désespoir d'une mère idolâtre de sa fille. De guerre lasse, on abandonna toute médication; la jeune fille fut placée dans une maison d'éducation où les soins les plus attentifs lui étaient prodigués, et la mère ne vécut plus que de l'espérance de voir le développement de la puberté mettre fin à une infirmité qui, si elle persistait, brisait l'avenir le plus brillant. Cette époque si ardemment désirée arriva enfin, mais l'incontinence d'urine persista; et non-seulement cette malheureuse maladie persista, mais, bien que Mlle X... fût parfaitement réglée, on ne vit point davantage disparaître cette nonchalance, cette apathie, cette simplicité niaise, qui avaient toujours fait placer tout bas Mlle X... parmi les *minus habentes* des différentes classes dans lesquelles elle était successivement passée.

Cependant, deux années s'étaient écoulées depuis l'établissement des règles, et peu à peu on vit s'éveiller l'intelligence : à dix-neuf ans environ, Mlle X... était devenue une jeune fille

charmante, pleine d'imagination, et tourmentée du désir de réparer ce que son apathie avait laissé d'incomplet dans son éducation. Grâces aux heureuses facultés que manifesta dès lors Mlle X..., ce vide fut en effet bientôt comblé. Mais ce n'est pas tout : en même temps que cette sorte de transformation s'opérait du côté moral, l'infirmité dont jusque-là elle avait été atteinte diminua, puis disparut complétement.

Que s'est-il passé chez cette jeune personne qui puisse expliquer la cessation d'un accident sur lequel le développement complet de l'organisation, moins le système nerveux, n'avait exercé aucune influence ? Il est impossible de ne point admettre que l'éveil des facultés intellectuelles, jusque-là retardé par une cause inconnue, suppose un développement correspondant dans le système nerveux. Mais si la cessation de l'énurésie nocturne coïncide elle-même avec le travail physiologique que nous sommes forcé de supposer du côté de l'appareil nerveux, il est bien difficile de ne point voir entre ces deux faits contemporains un lien étiologique qu'il est du reste très-facile de concevoir.

Nous avons cité ce fait avec quelques détails, parce qu'il tend à mettre en évidence, entre le système nerveux et l'énurésie nocturne, un rapport que nous croyons n'avoir pas été signalé. Qu'on étudie les faits de ce point de vue, et nous nous persuadons que l'observation confirmera la vérité de ce résultat de notre expérience personnelle.

Maintenant la thérapeutique, l'hygiène, possèdent-elles quelques moyens spéciaux propres à provoquer un développement organique qui mette fin à une infirmité aussi pénible que celle dont nous nous occupons en ce moment ? Telle est la question que nous devons examiner.

Si nous consultons les auteurs qui se sont occupés de ce point de pratique, on trouve que nombreux sont les moyens qui ont été tour à tour préconisés pour combattre cette maladie. C'est ainsi qu'un régime substantiel, divers moyens moraux, les bains de mer, l'immersion du bassin dans l'eau à une température basse, la noix vomique, la strychnine, la teinture de cantharides, le cathétérisme, et, dans ces derniers temps, le nitrate de potasse à hautes doses, ont été employés avec des succès variés. Il est incontestable que, sous l'influence de ces divers moyens, quelques médecins habiles ont obtenu des guérisons réelles et durables ; mais il est bien certain aussi que des médications aussi différentes dans leur mode d'action sur l'organisme, là où elles ont réussi, n'ont pas répondu à des indications identiques. Un grand fait d'ailleurs surgit au milieu de ces nombreuses tenta-

tives : c'est qu'il est un bon nombre de cas où l'incontinence d'urine nocturne se montre réfractaire aux moyens le plus habilement employés, et ne disparaît définitivement que quand la menstruation est régulièrement établie, lorsque c'est chez les jeunes filles qu'on observe cette affection.

Les signes par lesquels se traduit ce développement de l'organisme chez la femme ne permettent plus de douter qu'il ne soit le résultat d'une plus grande somme d'activité déployée par les organes de la vie sexuelle. Les organes urinaires participent à ce développement de la vie, et deviennent ainsi aptes à remplir régulièrement leurs fonctions. Or, il est un moyen qui paraît avoir une action spéciale, et sur la plasticité du sang, et sur la vitalité de l'appareil génital : ce moyen, c'est le fer. Sans doute ce serait se faire une idée fort incomplète des conditions qui déterminent le développement de l'aménorrhée, que de supposer que cette maladie se lie constamment à l'énurésie chlorotique et à l'inertie de l'appareil génital ; cependant l'observation démontre positivement que, dans bon nombre de cas, les choses se passent réellement ainsi. On conçoit donc que dans ces cas, en raison de la sympathie vitale de l'appareil urinaire et de l'appareil génital, les moyens thérapeutiques qui agissent sur l'un de ces appareils agissent en même temps sur l'autre. L'expérience nous a démontré en effet que les préparations ferrugineuses exercent dans quelques cas une heureuse influence sur l'énurésie nocturne, principalement chez les jeunes filles. Voici quelques faits qui viennent appuyer cette proposition.

Anna de B..., âgée de dix ans, d'une constitution faible, et ne montrant aucune aptitude aux divers exercices auxquels on soumet les jeunes filles dans une éducation régulière, est atteinte d'énurésie nocturne. Les humiliations, les menaces, les bains de mer, la noix vomique, n'ont eu aucun effet sur la maladie, bien que cependant il semble que depuis un an la constitution se soit un peu fortifiée. Prenant surtout en considération la débilité générale manifestée par la maigreur, la pâleur, la nonchalance physique et morale, je fais mettre la malade à un régime plus substantiel que le régime commun, et lui prescris en outre l'oxyde noir de fer à la dose d'un gramme par jour, divisé en 4 doses, dont chacune doit être prise avant chaque repas. Pendant le premier mois que dure ce traitement, aucun effet appréciable n'est obtenu ; je fais changer la préparation ferrugineuse, et substitue à l'oxyde noir de fer les pilules de Vallet : la malade commence par une pilule, puis arrive successivement à quatre, chiffre qu'elle ne dépasse point. Peu à peu nous remarquons que

l'appétit devient plus vif, que le teint s'anime; puis à mesure que cet effet ordinaire de la médication ferrugineuse se produit, les catastrophes de la nuit deviennent moins fréquentes ; enfin, après deux mois de ce traitement, il suffit de la précaution de faire uriner l'enfant avant qu'elle se mette au lit, et de réduire les boissons du soir, pour que l'énurésie disparaisse complétement. Il y a deux ans que nous avons observé ce fait; à peine si depuis ce temps l'accident est revenu quelquefois.

Médecin habituel d'un pensionnat de jeunes personnes, nous avons mis plus d'une fois en usage depuis lors le même traitement, et nous l'avons vu réussir et échouer tour à tour. Nous ne rapporterons point les faits qui tendent à établir l'efficacité de la médication, car ils ressemblent à celui que nous venons d'esquisser tout à l'heure. Nous ferons cependant sur certains de ces faits quelques remarques qui ne sont peut-être pas dépourvues de tout intérêt. Quelle influence les maladies aiguës intercurrentes exercent-elles sur l'énurésie nocturne ? Voici ce que notre observation nous a montré à cet égard. Dans ce moment même nous donnons nos soins à deux jeunes filles, dont l'une est âgée de treize ans et l'autre de six, et qui toutes deux sont prises de rougeole. L'une et l'autre sont sujettes à l'incontinence d'urine; cet accident est même plus fréquent chez la première que chez la seconde, bien qu'elle soit régulièrement menstruée. Or, voici ce que nous avons noté relativement à la question qui nous occupe. Pendant la fièvre primaire, comme pendant la durée de l'éruption morbilleuse, l'énurésie a cessé chez la plus jeune des deux malades. Chez l'autre, l'accident s'est reproduit comme à l'ordinaire : cependant on a remarqué que toutes les fois qu'elle venait à être souffrante, la maladie suspendait le trouble habituel de l'excrétion urinaire. Nous croyons que la raison pour laquelle les choses ne se sont point passées dans la dernière maladie comme dans les maladies intercurrentes qui avaient eu lieu antérieurement, c'est que les règles ont apparu au milieu même de l'éruption. Or, c'est un autre fait que l'expérience a fait connaître aux observateurs attentifs, savoir : que le molimen menstruel rend plus fréquente, pendant tout le temps qu'il dure, l'énurésie nocturne chez les filles qui y sont sujettes. Nous l'avons positivement remarqué chez la jeune fille dont nous parlons, de même que nous avons souvent observé que l'apparition des règles, chez beaucoup de femmes, est annoncée par une miction plus fréquente, de même enfin que tous les accoucheurs ont noté que chez beaucoup de femmes un des symptômes de la grossesse à son commencement, est encore le même phénomène. Nous trou-

vons dans Sauvages un fait qui a de l'analogie avec ceux que nous rapportons en ce moment, et qui est trop intéressant pour que nous ne le consignions pas ici :

« Une fille, sanguine, grasse, âgée de vingt-huit ans, avait eu depuis sa naissance jusqu'à l'âge de puberté, une incontinence d'urine ; elle la rendait nuit et jour à chaque demi-heure. Dès que le flux menstruel eut commencé, elle fut exempte de cette incommodité pendant trois ans. Les règles ayant été supprimées par un bain de pieds froid, cette fille eut tous les mois, pendant la nuit, une incontinence d'urine qui durait trois heures, en l'empêchant de dormir. Huit jours avant et après ce flux d'urine menstruel, elle a une céphalalgie avec une tumeur aux hypochondres, l'œdème des pieds et même un crachement de sang ; et si ce flux vient à manquer, comme il arrive quelquefois, alors les symptômes dont nous venons de parler augmentent et persistent jusqu'à ce que l'écoulement menstruel soit arrivé. »

C'est ainsi que non-seulement la révolution qui s'accomplit chez les femmes à l'époque de la puberté ne fait pas toujours disparaître complétement l'énurésie nocturne, mais même que le travail physiologique qu'elle a pour but d'établir dans l'organisation tend à rendre, dans quelques cas, ces accidents plus fâcheux encore.

Nous avons surtout, dans ce qui précède, considéré l'incontinence d'urine nocturne chez les femmes : c'est qu'en effet c'est surtout dans ces conditions que nous avons étudié la thérapeutique de cette maladie. Toutefois nous l'avons également observée chez les hommes et avons essayé de lui opposer la même médication. Nous l'avons vue réussir surtout dans une circonstance dont nous n'indiquerons que les principaux détails. Le nommé Favier, âgé de dix-sept ans, d'une complexion très-forte, mais d'une intelligence excessivement bornée, est sujet depuis son enfance à inonder toutes les nuits son lit de son urine. Un changement survenu dans la position de ce jeune homme, qui le fait passer de la maison de son père, où il n'avait qu'un misérable régime, dans une grande maison, où il est surtout accueilli par charité, ne produit aucun effet sur cette habitude organique malheureuse. C'est alors que je le soumets au traitement par les ferrugineux. Il absorbe dans deux mois environ 30 ou 40 grammes de sous-carbonate de fer, et l'infirmité cesse. Puis elle reparaît au bout de quelque temps. Je lui oppose le même traitement, et elle cesse désormais pour ne plus revenir.

Si l'efficacité de ce moyen, dans l'énurésie nocturne, est moins démontrée chez les hommes que chez les femmes, on voit

au moins que, là comme ici, il peut être tenté avec quelque chance de succès.

Il nous resterait, pour terminer cet article, à rechercher comment agit la médication par le fer, pour mettre fin à une infirmité dont la révolution de la puberté n'affranchit pas toujours l'organisme. Nous serons fort court sur ce côté de la question. Nous croyons que dans cette circonstance le fer agit surtout en stimulant les tissus et en imprimant à la vitalité générale le caractère d'une plus grande activité. Sous l'influence de cette stimulation, le système nerveux, éveillé de son état de torpeur, agit plus énergiquement sur l'appareil génito-urinaire et le rend plus apte à remplir ses fonctions. Le sang lui-même, ce grand facteur de la vie, est-il modifié dans sa composition ? Il ne nous est pas plus démontré ici qu'ailleurs qu'il le soit directement ; mais nous croyons que, par cela seul que les grandes fonctions s'accomplissent d'une manière plus régulière, l'hémapoièse est plus complète. Nous n'en dirons pas davantage sur la théorie des faits que nous venons de rappeler. Notre but a été surtout d'étendre, s'il se peut, la thérapeutique d'une affection qui se montre si souvent réfractaire aux médications le plus habilement instituées : si nous l'avons atteint, nous ne prétendons à rien de plus. M. S.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 13. *Abcès du petit bassin* : observation accompagnée et suivie de réflexions et de considérations pratiques sur les tumeurs fluctuantes de cette région ; par le docteur COMPÉRAT.

(Revue médicale, février 1846.)

(*Opération à travers la paroi rectale, par M. Amussat. Guérison.*)

Le 4 avril 1844, je fus appelé pour donner des soins à madame ***, demeurant à Paris.

On sait que les tumeurs qui se développent dans les cavités profondes de notre économie, soit dans la substance même de nos viscères, soit dans les interstices qui les séparent, entraînent avec elles des conséquences d'autant plus graves que ces organes occupent des régions plus profondes, et que de l'intégrité plus parfaite de leurs fonctions propres ou relatives, dépend essentiellement la conservation de la vie. Mais toutes ces tumeurs, par

la profondeur même de leur situation, n'étant pas toujours accessibles à la main de l'opérateur, il importe essentiellement de savoir distinguer, les unes des autres, celles qu'il est urgent de combattre promptement par une opération convenable de celles qu'il est bien essentiel de respecter. Cette connaissance ne peut s'acquérir que par la multiplicité des faits, mais des faits bien observés; aussi nous semble-t-il du devoir du praticien vraiment digne de ce nom, lorsqu'il se trouvera en face d'un cas pathologique de cette espèce, de ne pas négliger de consigner avec soin toutes les circonstances qui l'auront précédé, accompagné ou suivi, de faire connaître par quelle voie il sera arrivé à en constater la nature intime, et de noter avec soin tous les moyens thérapeutiques, soit médicaux, soit chirurgicaux, sur lesquels il aura cru pouvoir s'appuyer avec plus de confiance pour en faire prompte, sûre et inexorable justice. Cette recommandation que de malheureux exemples viennent trop souvent soutenir de tout le poids de leur funeste autorité, nous est plus particulièrement dictée par la grande difficulté dont le diagnostic de l'affection grave à l'occasion de laquelle nous publions aujourd'hui ce mémoire a été environnée. Faire connaître ces difficultés à l'observateur, n'est-ce pas éclairer d'un rayon de plus la voie obscure qu'il doit parcourir pour arriver à la découverte de l'ennemi caché qu'il aura à combattre? N'est-ce pas le prémunir contre les dangers d'une vague incertitude, dont l'influence fâcheuse sur le rétablissement de la santé du malade est subordonnée à la durée? N'est-ce pas enfin rendre un véritable service tout à la fois à l'humanité, à la science et à l'art?

Cette dame, à laquelle j'avais déjà, l'année précédente, donné quelques conseils pour une douleur lombaire fixe que j'avais cru devoir considérer comme rhumatismale, m'avoua, en toute humilité, qu'ayant ressenti, le 23 mars dernier, c'est-à-dire depuis treize jours environ, une violente douleur dans les profondeurs du bassin, du côté droit, elle avait eu la faiblesse d'écouter les avis d'une somnambule qu'une de ses connaissances intimes, présente lors de l'invasion de ce premier symptôme, eut l'imprudence de lui désigner comme *faisant des merveilles*. Cette vive douleur, survenue sans cause appréciable, avait été accompagnée, dès son apparition, de fièvre ardente, d'inappétence, de soif et d'insomnie. Depuis treize jours la malade n'avait pas quitté le lit, et y avait conservé une attitude particulière dans laquelle il lui semblait que sa douleur était plus supportable. C'est au début de ces graves accidents que la malencontreuse somnambule fut appelée. Depuis, ces accidents ont acquis un tel degré d'inten-

sité, qu'il n'est plus possible de compter désormais sur l'action des remèdes de cette empirique, qui, du reste, durant tout le cours de leur application, n'ont pas apporté le moindre adoucissement aux souffrances de cette infortunée et trop crédule malade. Mais avant d'entrer dans le détail des accidents nombreux existants aujourd'hui, qu'il me soit permis de consigner ici quelques renseignements commémoratifs, qui, s'ils n'ont pas à mes yeux une grande valeur diagnostique, n'en ont pas moins, à ceux de la malade, une très-grande importance, puisque c'est à quelques-uns d'entre eux qu'elle rapporte irrévocablement la cause de sa maladie actuelle.

Cette dame est âgée de 37 ans, bien réglée, forte, bien constituée, d'un embonpoint médiocre, a eu deux enfants, le dernier il y a treize ans. Elle a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à une certaine époque datant actuellement de 10 ans à peu près, à laquelle son mari, par suite de quelques écarts, lui communiqua involontairement une gonorrhée virulente qui jeta cette pauvre dame dans un tel désespoir qu'elle refusa obstinément tous les secours que la médecine pouvait lui offrir. La cause de ce refus prenait surtout sa source dans l'opinion bien arrêtée dans son esprit que cette maladie était toujours et nécessairement mortelle. Cette malheureuse conviction devait entraîner avec elle, et entraîna effectivement des inconvénients fort graves : en effet, au bout d'un certain temps, les symptômes primitifs, fort légers d'abord, firent bientôt place à des symptômes secondaires fort sérieux et fort incommodes. Ce fut alors que, le temps, la réflexion et l'instinct de conservation aidant, elle se décida à suivre les conseils d'une médecin instruit, qui, par un traitement rationnel sagement administré, fit disparaître complétement tous les accidents syphilitiques locaux et généraux existants. Sa santé s'améliora beaucoup, se rétablit même, sauf la persistance de la *douleur lombaire* dont j'ai parlé en commençant, et dont elle rapportait obstinément l'origine à l'époque de l'invasion de la maladie vénérienne, bien qu'elle ne se fît sentir que par des intervalles plus ou moins éloignés.

Elle en était donc là de l'existence de cette douleur, qui était moins supportable depuis 18 mois, bien qu'elle lui permît encore de se livrer chaque jour à ses occupations domestiques, lorsque la maladie qui va nous occuper est venue brusquement la surprendre.

Aujourd'hui donc 4 avril, à ma première visite, je trouve cette dame dans l'état suivant. Elle est couchée sur le dos, la cuisse droite demi-fléchie sur le bassin, la jambe demi-fléchie sur la

cuisse, tout le membre soutenu par un oreiller et condamné à l'immobilité la plus impérieuse par l'appréhension des atroces souffrances que lui arrache le moindre mouvement imprimé à ces parties. Toute la partie inférieure droite de l'abdomen est le siége d'une douleur lancinante pulsative, que le plus léger attouchement exaspère, s'irradiant dans l'aine du même côté et un peu dans celle du côté opposé, dans toute la cuisse, les parties génitales, le siége, les lombes, et s'accompagnant d'un sentiment de pesanteur dans les régions profondes du petit bassin. Cette partie de l'abdomen ne présente aucune tuméfaction ni aucune rougeur manifestes, mais seulement un peu plus de tension et de résistance à la pression que du côté opposé. Les traits de la face sont animés, contractés; le pouls est fréquent (140), plein, dur, tendu, non dépressible; la peau est sèche et brûlante, elle se couvre de sueur par intervalles; frissons irréguliers, soif vive, insomnie opiniâtre, quelques vomissements, urines rares, sédimenteuses; pas de dévoiement, augmentation des douleurs lors du passage des matières dans les évacuations alvines qui sont de consistance ordinaire, rares d'ailleurs.

Pour compléter autant que possible mon examen, je pensai qu'une exploration par l'anus et par la vulve était indispensable : je me mis donc en devoir d'y procéder ; mais cette investigation, rendue difficile par la position qu'avait affectée la malade et que pour rien au monde on n'aurait pu lui faire quitter, tant elle avait horreur du plus léger mouvement, et par l'excès de sensibilité habituelle chez elle des parties génitales externes, rendue plus considérable encore par l'état d'agacement nerveux dans lequel se trouvait la malade à ce moment; cette investigation, dis-je, ne put rien m'apprendre, n'ayant pu être poussée aussi loin qu'il l'eût fallu pour qu'il en jaillît quelque lumière capable d'éclairer le diagnostic de cette maladie. Je dus donc me résigner à renoncer, quant à présent, aux renseignements qu'une semblable perquisition semblait devoir me promettre, et m'en tenir, pour le moment, aux seuls symptômes locaux et généraux les plus appréciables.

Mais ces symptômes, quoique assez nombreux, suffisaient-ils pour me donner raison de la nature intime de la maladie à laquelle j'avais affaire?

Si, par la pensée, on veut bien passer en revue les nombreuses maladies dont cette région peut-être le siége, et auxquelles les symptômes décrits plus haut peuvent se rapporter avec plus ou moins de raison et d'une manière plus ou moins directe; si, d'un autre côté, on veut bien tenir compte de l'insuffisance d'une

exploration rendue indispensable par le vague même de ces symptômes, on comprendra combien ma réponse à une pareille question devait être tout d'abord embarrassante.

Pourtant, en établissant avec beaucoup de soin et d'attention le diagnostic différentiel de chacune de ces maladies, et en procédant par voie d'élimination successive, j'arrivai à entrevoir la vérité, qui au premier abord m'avait complétement échappé, remettant à l'époque où une exploration minutieuse serait possible, la confirmation ou l'infirmation de ma manière de voir.

Quoi qu'il en soit, je ne crus pas devoir rester spectateur inactif des graves accidents que j'observais : la nature inflammatoire aiguë de la maladie étant donc bien évidente à mes yeux, je me crus suffisamment autorisé à recourir immédiatement à l'administration des moyens anti-phlogistiques et des topiques émollients et narcotiques.

Je prescrivis donc tout d'abord l'application de 25 sangsues *loco dolenti;* cataplasmes de farine de lin laudanisés, lavement d'eau de guimauve et de pavot, boissons rafraîchissantes en abondance, potion diacodée pour le soir, diète absolue, etc.

Le lendemain, 5 avril, à ma visite du matin, je trouvai la malade plus calme ; elle me dit avoir éprouvé un peu de soulagement de l'emploi des moyens ci-dessus prescrits ; les douleurs sont moins aiguës, moins poignantes, elle a eu deux heures de sommeil. Ce repos, qu'elle n'avait pas goûté depuis l'invasion de la maladie, datant déjà de 14 jours, et sur lequel elle n'osait plus compter, remonta quelque peu son moral abattu. Quoi qu'il en soit, le pouls était toujours plein, fréquent et dur, la peau toujours chaude et sèche, la soif toujours ardente. Je prescrivis un bain entier pour le milieu du jour, des embrocations chaudes au sortir du bain avec un mélange de baume tranquille et de laudanum de Sydenham ; continuation des autres moyens. Sous l'influence de ces agents thérapeutiques, la malade ressentit encore un bien-être sensible; la persistance de ce bienheureux état pendant tout le jour et toute la nuit qui suivirent leur administration ranima d'une manière notable son courage et son espoir. Je profitai de cette bonne disposition d'esprit et de cette amélioration apparente pour proposer une exploration devenue désormais inévitable et que je me promettais de rendre cette fois plus concluante et plus décisive que la première. Ma proposition agréée, non sans beaucoup d'hésitation, d'appréhension surtout, je procédai immédiatement à son exécution. Le toucher pratiqué alternativement par la vulve et par l'anus, avec beaucoup de ménagement, et poussé aussi loin que la sensibilité des parties put

me le permettre, vint confirmer tout d'abord en grande partie l'opinion que je m'étais formée sur la nature de l'affection dont les profondeurs du petit bassin semblaient être le siége. — En effet, par le vagin, je fus à même de juger de l'état de l'utérus, dont le corps, quoique assez volumineux, me parut tout à fait étranger à la maladie actuelle. Son col, placé plus en avant qu'à l'ordinaire et caché immédiatement derrière le pubis, était parfaitement sain. Les faibles mouvements que j'imprimais à la totalité de cet organe ne déterminaient pas de douleur immédiatement sous le doigt qui le pressait, mais réveillaient dans un point situé plus haut et plus en arrière, et sur lequel le corps de l'utérus semblait reposer, les vives souffrances auxquelles la malade avait déjà été en proie avant l'application des remèdes qui les avaient calmées.

Pour m'assurer de l'état de cette région douloureuse, j'y dirigeai le doigt, et je trouvai dans ce point, c'est-à-dire à la partie postérieure droite du corps de l'utérus, dans le point où la muqueuse vaginale se réfléchit sur le col, une tuméfaction dure, résistante, non limitée, douée d'une sensibilité sourde, et qui semblait avoir pour siége précis la cloison recto-vaginale ; le toucher simultané par la vulve et par l'anus, à l'aide du pouce et de l'indicateur placés de manière à embrasser cette cloison dans la plus grande partie de son étendue, permit d'apprécier d'une manière parfaite sa disposition pathologique, qui se traduisait par un épaississement et un *empâtement* considérables. Pourtant ce n'était point elle non plus qui était véritablement le siége précis du foyer pathologique. En effet, l'indicateur seul, introduit par l'anus aussi haut que possible, constatait, dans un point si élevé du rectum qu'à peine la pulpe du doigt pouvait l'atteindre, une tumeur faisant saillie à la partie postérieure droite de cet intestin, dure, volumineuse, d'une étendue impossible à déterminer à cause de son élévation et de l'empâtement des parties voisines, douloureuse à la pression du doigt, sans fluctuation manifeste. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que tous les viscères contenus dans la cavité du petit bassin étaient le siége d'une chaleur brûlante que le doigt explorateur appréciait parfaitement, et que toutes ces parties étaient douées d'une sensibilité si exquise que cette exploration si nécessaire fut supportée avec beaucoup de peine par la malade, chez laquelle elle ranima les cruelles souffrances dont elle s'était crue à tout jamais débarrassée.

Il y avait donc là évidemment, à la partie postérieure et droite du rectum, une tumeur que tout devait faire présumer être formée par une collection purulente, dont les symptômes

décrits plus haut m'avaient fait vaguement soupçonner l'existence, et que le toucher explorateur rendait actuellement aussi évidente que possible.

Après ce douloureux examen, je conseillai des injections mucilagineuses narcotiques dans le vagin et dans le rectum, puis les moyens *ut suprà*.

Le reste du jour fut mauvais, la nuit pire encore, et à quatre heures du matin, il survint une telle exaspération dans les symptômes, que cette pauvre malade, ne pouvant plus lutter contre la violence de ses douleurs, m'envoya chercher. Je la trouvai en proie à des douleurs atroces qui lui arrachaient des cris déchirants ; un état d'anxiété extrême était empreint sur son visage, elle réclamait du soulagement avec une insistance vraiment poignante ; tout le ventre était douloureux, je craignais qu'une péritonite consécutive n'éclatât. La fièvre était considérable : je prescrivis une nouvelle application de sangsues, d'abondantes fomentations narcotiques chaudes et une potion calmante.

Inquiet de la tournure grave que semblait vouloir prendre cette affection, je demandai une consultation. Il fut convenu que M. Amussat et M. Fouquier seraient appelés. M. Amussat s'étant trouvé absent de Paris, M. Fouquier seul put accepter un rendez-vous pour le soir même. Je vis avec plaisir ce praticien distingué confirmer par le toucher la justesse de mon diagnostic : il fut d'avis qu'il y avait, dans le point dont nous avons parlé plus haut, un foyer purulent d'une certaine étendue ; mais comme la fluctuation était encore très-obscure, imperceptible même, M. Fouquier pensa que, jusqu'à nouvel ordre, il fallait s'en tenir aux émollients en fomentations sur l'abdomen, et aux injections huileuses, narcotiques, en abondance dans le rectum et dans le vagin. La nuit qui suivit cette consultation fut encore assez mauvaise ; le lendemain, 9, ne fut guère meilleur, ainsi que la nuit d'après ; le 10, ayant cru sentir obscurément un peu de fluctuation, je fis appeler M. Amussat.

Cet habile chirurgien constata comme nous l'existence d'un abcès dans le lieu indiqué plus haut ; mais l'épaisseur supposée des parois de ce foyer, ainsi que la hauteur de son siége, ne lui permirent pas d'apprécier bien manifestement la fluctuation que j'avais cru sentir. Convaincu, comme tous les praticiens, de la gravité habituelle des abcès situés dans la cavité du bassin, préoccupé surtout de la manière dont celui-ci menaçait de se terminer (car il pouvait très-bien s'ouvrir spontanément dans le péritoine et donner lieu à une péritonite mortelle, ainsi que la science en possède des exemples, ou bien se frayer un passage

dans un autre point de l'économie et causer des désordres graves, irréparables peut-être), M. Amussat désira, avant de prendre un parti décisif, s'entourer du plus de lumière possible ; en conséquence, il manifesta le désir d'avoir simultanément l'avis de MM. Récamier et Fouquier. Un rendez-vous fut pris et arrêté pour le lendemain 11, à 4 heures du soir. Dans cette réunion, il fut unanimement décidé qu'il n'y avait rien autre chose à faire, pour sauver cette pauvre malade, que de donner issue au pus le plus tôt qu'il serait possible par une ponction dans le rectum. Mais comme la pulpe du doigt indicateur pouvait à peine atteindre la limite inférieure de ce foyer ; comme d'ailleurs la fluctuation, à cause de ce fait, était extrêmement difficile à apprécier, et qu'alors il eût été imprudent de porter dans l'intestin un instrument que le doigt conducteur n'aurait pas su guider, il fut convenu qu'on attendrait que l'abcès fît un peu plus de saillie et surtout que la fluctuation fût un peu plus évidente. En attendant, des cataplasmes de farine de riz et de décoction de guimauve, portés simultanément dans le rectum et dans le vagin à l'aide d'une seringue munie d'une grosse canule en caoutchouc, furent ajoutés par M. Amussat aux autres moyens précédemment employés. On s'en tint à ce traitement palliatif pendant plusieurs jours. Sous son influence, les douleurs devinrent supportables. On donnait de temps en temps à la malade quelques cuillerées de bouillon qu'elle vomissait parfois, eau de Seltz, etc. — Plusieurs jours se passèrent ainsi sans que rien de nouveau ne se manifestât, lorsque, dans la nuit du 18, il survint tout à coup, à 2 heures du matin, une *crise* violente pendant laquelle la malade sentit un craquement douloureux qui lui fit croire que cet abcès venait de *crever* dans la cavité du ventre. Cette exacerbation dura quelques heures. Enfin, le 19 au matin, la fluctuation étant bien notoire et la tumeur un peu plus saillante, aucun motif sérieux ne nous autorisait à différer davantage une opération qui était, en dernière analyse, la plus sûre chance de salut sur laquelle la malade pût compter. D'ailleurs, des considérations d'un ordre supérieur devaient nous engager à prendre au plus tôt ce parti définitif. Ainsi, la malade était très-affaiblie ; déjà des symptômes de résorption se manifestaient, et se traduisaient au-dehors par les signes suivants : les traits de la face étaient altérés, le teint était jaune, la peau un peu terreuse ; la langue était sale, sèche, rouge à la pointe, le pouls petit, serré ; il y avait des frissons irréguliers, des chaleurs, des douleurs vagues dans les articulations, et surtout aux poignets, des envies fréquentes de vomir, des vomissements, etc.

Un état typhoïque grave commençait donc à se manifester. En outre, il y avait à craindre de voir succéder à un abcès que l'accumulation incessante du pus rendait à chaque instant plus considérable, un vaste décollement des parties; d'où toutes les conséquences graves qui découlent habituellement de la suppuration des larges surfaces, et tous les ennuis et tous les dégoûts qu'entraîne avec elle la longueur d'une cicatrisation interminable.

Pour tous ces motifs, nous ne dûmes plus hésiter : un rendez-vous fut pris pour midi. Quant au choix du procédé opératoire, M. Amussat, ingénieux dans ses expédients, se chargea d'y pourvoir. A l'heure convenue, il se rendit chez la malade, accompagné de M. Lucien Boyer, son beau-frère. Tout étant donc bien convenu et arrêté entre nous, et les instruments nécessaires à l'opération disposés, il fut immédiatement procédé à l'opération.

La malade étant couchée sur le bord du lit, les jambes et les cuisses fléchies et écartées dans la position d'une femme chez laquelle on va pratiquer la version, l'opérateur, après avoir introduit le doigt indicateur de la main droite dans le rectum jusque sur le point le plus déclive de la tumeur, fit glisser sur la face palmaire de ce doigt la pointe d'une paire de ciseaux très-aigus, analogues à peu près à ceux qui font partie des boîtes de dissection, sauf que la surface externe des lames était arrondie et les branches beaucoup plus longues. Une ponction fut pratiquée dans ce point ; après quoi les deux branches furent écartées avec quelque effort l'une de l'autre, de manière à agrandir l'ouverture faite en déchirant les parties plutôt qu'en les divisant (manœuvre aussi rationnelle qu'ingénieuse, et dont nous déduirons les motifs dans le cours des réflexions qui doivent suivre l'exposé de cette observation). Pendant l'exécution, j'avais pour mission de comprimer le ventre à l'aide des deux mains étalées, à l'effet de faire saillir le plus possible la tumeur du côté du rectum et par là faciliter la ponction évacuative. Les ciseaux enlevés, on les remplaça par une sonde à lithotritie dont on conduisit le bec jusque dans la plaie, à l'aide du doigt laissé dans le rectum dans cette intention. Aussitôt l'écoulement d'un pus de bonne nature, *à peine sanguinolent*, se fit par cette voie ; une soucoupe ordinaire en fut presque remplie. On profita du séjour de la sonde dans la poche pour en apprécier la profondeur et l'étendue, qui parurent assez considérables, et pour en déterger les parois à l'aide d'une injection d'eau tiède poussée avec beaucoup de ménagement. Après cette opération, qui fut promptement exécutée, on soumit

la malade à l'administration de douches ascendantes d'eau tiède par le rectum, dans le but : 1° d'aider à l'évacuation plus ou moins complète de ce large foyer ; 2° d'entraîner les particules purulentes à mesure qu'elles s'en échappaient ; et 3° d'entretenir dans la profondeur de cette cavité une certaine quantité d'eau pour s'opposer à l'introduction de l'air dans son intérieur. Ces conditions furent parfaitement remplies.

Restait maintenant à trouver le moyen d'entretenir béante une ouverture située à une si grande hauteur, durant tout le temps nécessaire à la cicatrisation et au recollement des parois de ce sac. L'application entre les lèvres de la plaie de mèches de charpie, de bandelettes de linge ou d'éponge, était sinon impraticable absolument parlant, tout au moins difficile à maintenir en place. Le besoin des évacuations alvines et la nécessité de recourir plusieurs fois par jour à l'administration des douches ascendantes dont la malade éprouvait un grand soulagement, étaient des obstacles qui s'opposaient évidemment à l'emploi continu de tout moyen contentif ; il fallait donc y suppléer. M. Amussat pensa que l'introduction forcée de l'extrémité du doigt indicateur, pratiquée plusieurs fois par jour, suffirait pour atteindre le but. Cette manœuvre fut exécutée plusieurs fois dans le reste du jour qui suivit l'opération. Le lendemain matin, 20, on remarqua que l'ouverture admettait à peine l'extrémité de la pulpe du doigt ; encore cette extrémité n'en franchissait-elle pas toute l'épaisseur, qui était si considérable qu'elle ressemblait, ainsi que le disait très-judicieusement M. Amussat, à une incision profonde dans l'épaisseur du corps de l'utérus : ce trou était bouché à sa partie supérieure. C'est alors que tous les phénomènes de résorption reparaissent. On cherche à dilater, puis on injecte ; mais bientôt on s'aperçoit que l'ouverture, qui primitivement ne semblait pas trop étroite, est désormais insuffisante : on juge qu'il devient nécessaire d'y porter de nouveau l'instrument, afin de lui donner une étendue plus considérable. Cette fois, M. Amussat se sert de ciseaux beaucoup plus longs et plus forts que les précédents, et dont les bords présentent, à quelque distance de la pointe, une coche quadrillée, de 5 ou 6 lignes d'étendue, qui donne à l'instrument une forme lancéolée. Par cette disposition, il a pour but, en engageant les bords de l'ouverture dans ces deux échancrures, d'empêcher les ciseaux, une fois introduits, de revenir sur eux-mêmes et d'abandonner la plaie dans les efforts nécessaires à son agrandissement.

Cette indication fut parfaitement remplie ; mais restait toujours la difficulté d'entretenir cette ouverture béante. C'est alors

qu'il me vint à l'esprit de proposer à M. Amussat l'application d'un instrument qui, pour le dire en un mot, devait ressembler, quant à son mécanisme, à celui dont les cordonniers se servent pour prendre la mesure des pieds, seulement beaucoup plus petit et plus léger. Cette application devait se faire de la manière suivante : introduire l'extrémité recourbée de l'instrument, les branches étant rapprochées, puis les éloigner l'une de l'autre avec ménagement, de manière à écarter les bords de la boutonnière le plus possible et à laisser séjourner l'instrument dans cet état d'écartement pendant quelques instants ; renouveler cette application autant que cela pouvait devenir nécessaire. Cette inspiration suggéra à M. Amussat l'idée qu'un brise-pierre ordinaire remplirait ce but d'une manière satisfaisante ; seulement il pensa qu'une simple dilatation pratiquée deux ou trois fois par jour, suivant l'occurrence, à l'aide de l'écartement des deux branches de cet instrument, serait tout à fait suffisante jusqu'à l'agglutination et la cicatrisation définitive des parois de cette vaste poche purulente. Cette pratique fut suivie et, je puis le dire par anticipation, couronnée d'un plein succès. Il va sans dire qu'à mesure que la guérison approchait, l'introduction de l'instrument devenait de plus en plus rare. Je ne dois pas omettre d'ajouter que, pendant les quinze ou vingt jours qui suivirent la deuxième opération, les douches d'eau tiède, administrées plusieurs fois par jour, produisirent le meilleur effet ; que cependant, la guérison se faisant un peu attendre à cause de l'amaigrissement, de la faiblesse de la malade et du mauvais air inhérent au quartier qu'elle habitait, nous jugeâmes convenable de la faire transporter dans un lieu plus sain. Elle fut placée, le 9 mai, dans une habitation située à la barrière de l'Etoile, où la guérison s'effectua et fut complète le 14 juin, c'est-à-dire après deux mois et demi de maladie, la poche ayant mis cinquante-cinq jours à se cicatriser d'une manière parfaite.

Le 20 juin, elle quitta Paris pour aller passer quelque temps au sein de sa famille qui habite la Haute-Marne, conservant dans son esprit la conviction intime que tous les maux qu'elle venait d'éprouver dépendaient d'un vice syphilitique constitutionnel, pour lequel elle réclamait encore de nous la prescription d'un traitement général propre à en faire disparaître toute trace, et qu'elle se proposait de suivre rigoureusement pendant tout le temps de son séjour à la campagne.

Autant pour satisfaire ses désirs que pour combattre quelques traces de couperose dont les joues et le nez étaient le siége, je lui prescrivis un traitement dépuratif dont la solution d'iodure de

potassium à l'intérieur et les boissons sudorifiques formèrent la base. Elle suivit ce traitement pendant trois mois consécutifs, et revint à Paris, rapportant avec elle, comme elle nous le dit à son retour, *une provision de santé*. Pourtant, pendant son séjour à la campagne, elle éprouva, à deux reprises différentes, ce qu'elle appelait une crise, c'est-à-dire une forte douleur dans le flanc droit, s'irradiant dans la cuisse du même côté, qui ne dura que quelques jours, et qui céda sous l'influence de quelques bains et de quelques lavements émollients.

Aujourd'hui, vingt mois après la guérison, la santé de cette dame est parfaite ; ses évacuations menstruelles, qui avaient été suspendues pendant toute la durée de la maladie, et qui avaient reparu avant son départ de Paris, n'ont pas cessé depuis de se montrer régulières. Les taches de *gutta rosea* qui envahissaient le nez et les pommettes ont disparu ; il ne reste plus aucune trace des douleurs lombaires préexistantes à la formation de cet abcès. Jamais, au dire de la malade, elle ne s'est si bien portée.

Réflexions pratiques. — Cette observation d'abcès du petit bassin n'est pas la seule qui existe dans la science. Quelques observateurs en ont consigné des exemples dans différents recueils soit périodiques, soit spéciaux ; mais aucun d'eux, avant M. Hippolyte Bourdon, ancien interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, ne les avait réunis en faisceaux et n'avait tiré de leur rapprochement, ainsi que l'a fait ce médecin instruit, des corollaires pratiques d'une certaine valeur. Aussi ce mémoire, écrit sous l'inspiration des idées de M. Récamier, et publié en 1841, doit-il être considéré comme la meilleure monographie qui existe, de nos jours, sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin.

Le fait dont il s'agit ici pourrait être ajouté aux 23 faits qui ont servi de base à cet excellent mémoire, avec d'autant plus de raison que le procédé opératoire employé dans ce cas a été bien différent de celui mis en usage dans ces derniers ; qu'en outre, le traitement a été accompagné d'incidents et de particularités qui lui donnent un cachet d'originalité pratique, digne du plus haut intérêt, et en font un cas véritablement à part, je pourrais presque dire unique dans la science ; car je ne sache pas qu'il existe dans les annales scientifiques un seul cas d'abcès du petit bassin dont l'ouverture ait été pratiquée dans le rectum par *procédé chirurgical*, et surtout par le procédé employé dans ce cas. C'est aussi l'opinion de M. Amussat. Par toutes ces raisons, tout l'intérêt qui se rattache à ce fait en particulier doit nécessairement rejaillir sur ceux mentionnés par M. Bourdon, et prouver

que tout ce qui a trait à cette grande question des abcès du petit bassin n'est pas encore épuisé.

Par ce que je viens de dire, je ne prétends pas conclure que dans les observations recueillies par M. Bourdon, le traitement eût dû être le même que celui qui a été suivi dans le nôtre. Non ; car, dans tous ces cas, le nôtre compris, le siége seul de la maladie pouvait et devait indiquer la marche à suivre. Dans tous les exemples cités par l'honorable confrère dont j'ai parlé plus haut, la tumeur faisait saillie du côté du vagin ; c'était donc évidemment par cette voie qu'il fallait agir. C'est ce qui a été fait, et c'était tout simple ; aussi une petite incision ou une simple ponction a-t-elle suffi pour l'évacuation du pus durant tout le temps nécessaire au recollement complet des parois de la cavité purulente.

Dans notre cas, nous n'avions pas le *choix :* la tumeur ne se montrait manifestement que du côté de l'intestin rectum ; nous ne trouvions donc de ressources que dans une opération dans l'intérieur de cette cavité. Mais les difficultés étaient bien autrement grandes que celles qu'on avait pu rencontrer par le vagin, si tant est qu'on ait pu en rencontrer en procédant par cette voie. En effet, des écueils de plusieurs natures, inhérents à la structure anatomique de cette région, étaient à éviter : d'abord l'*hémorrhagie ;* en second lieu l'*étroitesse de l'ouverture* de la poche, et enfin la *cicatrisation prématurée* des lèvres de la plaie.

L'*hémorrhagie.* — On sait que la partie inférieure du rectum est sillonnée par un nombre considérable de vaisseaux hémorrhoïdaux ; par conséquent, opérer dans cette région à l'aide d'un instrument tranchant, c'eût été s'exposer à diviser un ou plusieurs de ces vaisseaux, et par là faire courir au malade toutes les chances d'une hémorrhagie grave qu'aucun des moyens aujourd'hui en notre pouvoir (quoiqu'ils soient nombreux) n'aurait peut-être pu arrêter.

On a obvié à cet inconvénient, ainsi qu'on a pu le voir dans l'exposé de l'observation, en se servant de ciseaux très-pointus, dont les branches réunies, après avoir agi à la manière d'un trois-quarts, ont été écartées de manière à produire une ouverture plutôt par déchirure que par section proprement dite. Cette pratique toute rationnelle a eu le résultat qu'on était en droit d'en attendre ; car, comme nous en avons fait la remarque, le pus qui s'est écoulé immédiatement après cette déchirure *était à peine teint de sang.*

On objectera peut-être que cette déchirure doit être douloureuse : nous maintenons qu'elle ne l'est pas plus qu'une simple

incision ; qu'en outre elle présente des garanties de sécurité très-précieuses et dont on ne saurait trop apprécier la portée. En tout cas, cela dût-il être, devrait-on hésiter un instant à opter entre un procédé un peu plus douloureux, mais exempt de tout inconvénient, et un autre qui le serait un peu moins, mais qui en revanche mettrait l'existence d'un malade en danger. La réponse pour tous les praticiens ne nous paraît pas douteuse.

L'étroitesse de l'ouverture de la poche. — La solution de cette difficulté se trouvant liée à celle de la précédente, il était facile de l'obtenir ; car de l'écartement plus ou moins grand des branches de l'instrument dépendait l'étendue plus ou moins considérable de l'ouverture à pratiquer.

Quant au moyen d'empêcher la *réunion prématurée* des lèvres de la plaie, celui que nous avons mis en pratique, et qui a été décrit dans le cours de l'observation, nous paraît devoir être pris en considération, d'abord, parce qu'il est d'une application facile et exempte de tout danger ; en outre, et cela devrait suffisamment en motiver l'emploi, parce qu'il a rempli notre but et nos intentions d'une manière parfaite. Pourtant nous ne devons pas passer sous silence les quelques petits inconvénients qu'il a présentés, ne serait-ce que pour faire connaître la manière ingénieuse dont on en fait justice.

Par suite de la nécessité d'introduire fréquemment dans la cavité du rectum l'instrument dilatateur, l'anus avait acquis un tel degré d'irritabilité, d'agacement, que chaque introduction était pour la malade un véritable supplice qui durait quelques heures, et que les douches d'eau tiède seules parvenaient à calmer; elle redoutait bien plus les applications que la dilatation forcée qu'on faisait subir à la plaie elle-même. M. Récamier, dans une de nos consultations, témoin de souffrances et des appréhensions de la malade à l'approche du doigt conducteur de l'instrument, lui proposa de faire cesser promptement cet éréthisme opiniâtre, la prévenant toutefois que cette manœuvre allait être momentanément très-douloureuse. Persuadée que ce qu'on lui proposait ne pouvait être plus douloureux que ce qu'elle éprouvait dans le moment actuel, elle accepta la proposition avec empressement.

Alors M. Récamier rassemblant l'extrémité des cinq doigts de sa main droite, de manière à en former un cône, les poussa tous ensemble (après les avoir convenablement huilés) à travers l'anneau anal, en imprimant à toute la main de petits mouvements alternatifs de supination et de pronation pour en faciliter l'introduction. L'anneau une fois franchi, les doigts furent fléchis

de manière à augmenter le volume de la masse emprisonnée ; puis, dans cette disposition, les retirant brusquement et en totalité, il fit subir au sphincter une dilatation forcée qui fut pendant quelques instants excessivement douloureuse. Immédiatement après, l'anus, semblant se révolter, se contracta spasmodiquement pendant quelques heures, puis le calme se rétablit. A partir de ce moment, l'introduction simultanée du doigt et de l'instrument dilatateur de la plaie se fit sans aucun obstacle de la part du sphincter de l'anus , et sans aucune appréhension de la part de la malade, autant de fois que cela fut nécessaire jusqu'à l'époque de la guérison complète de la maladie.

Je ne sais si M. Récamier a consigné quelque part cet ingénieux expédient ; mais tout ce que je puis dire, c'est que, d'après la manière merveilleuse avec laquelle il a fait cesser l'excessive sensibilité dont l'anus était le siége, et par là toutes les angoisses que la malade éprouvait, on ne saurait trop le recommander dans tous les cas où il est nécessaire de porter dans le rectum des instruments dont la présence permanente ou l'introduction fréquente irrite, tiraille , agace d'une manière insupportable le sphincter anal.

Je passe à l'étiologie de cette affection dans le cas particulier qui nous occupe.

Quelle est l'origine, le point de départ de la collection purulente à laquelle nous avons eu affaire ?

Peut-on admettre qu'elle ait pu dépendre d'une inflammation du tissu cellulaire qui existe en si grande abondance dans la cavité pelvienne ? Mais on sait que cette inflammation ne survient guère que par l'extension de celle qui envahit des organes voisins, occasionnée ordinairement elle-même par la préexistence d'un accouchement récent ou par l'action de causes traumatiques. Ces deux circonstances manquant complétement dans ce cas, il faut donc chercher ailleurs.

Si l'on pouvait attacher quelque importance à l'opinion de la malade, opinion dont on trouve la manifestation dans la recommandation qu'elle nous fit après sa guérison de lui faire suivre un traitement qui enlevât toute trace de son affection antérieure, on serait tenté de croire que la maladie syphilitique dont elle a été affectée n'y était point étrangère. Mais alors il faudrait admettre qu'il existait dans quelques points des os du bassin ou du périoste tapissant ces os quelque sourde altération spécifique locale, comme une carie, une nécrose ou une périostite, ce qui est très-contestable. En effet, il n'y avait pas carie , la nature crêmeuse du pus l'attestait. Y avait-il nécrose ? la sonde explo-

ratrice ne la trahissait pas. Quant à la périostite, aucun symptôme particulier ne témoignait de son existence.

La seule opinion admissible et la plus probable, basée qu'elle est sur l'observation de cas analogues, est celle de M. Amussat : c'est qu'il existait vraisemblablement depuis longtemps dans l'épaisseur du ligament large du côté droit un petit engorgement chronique, une petite induration, une petite tumeur, cause probable du lumbago dont la malade se plaignait depuis plusieurs années, et qui en avait imposé pour un rhumatisme lombaire ; petite tumeur qui a fini par abcéder.

J'arrive en dernier lieu à l'opportunité de l'opération dans des cas analogues.

Et d'abord l'intervention de la chirurgie est-elle indispensable dans tous les cas d'abcès du petit bassin ; ou bien doit-on toujours compter sur les seuls efforts de la nature pour en opérer l'évacuation, soit dans une cavité muqueuse, soit à la surface de la peau ? A cet égard, les avis sont partagés. Nous croyons, nous, avec MM. Récamier, Amussat, Velpeau, Baudelocque, Grisolles, Bourdon, Pujol, Martin de Bordeaux, Bossu, Mme Boivin et beaucoup d'autres, que, bien que dans beaucoup de cas la nature fasse tous les frais de la guérison, il ne faut pas se reposer sur ses efforts d'une manière absolue. Ce précepte trouve son application manifeste dans le cas dont il s'agit ici : en effet, si nous avions attendu l'ouverture spontanée de l'abcès dans le rectum, nul doute que nous eussions exposé notre malade à de très-grands dangers ; car, nous l'avons dit dans les détails de l'observation, les parois du foyer purulent étaient tellement épaisses que l'ouverture artificiellement faite avait quelque ressemblance avec une plaie qu'on aurait pratiquée dans le corps même de l'utérus. Il serait donc résulté évidemment de cette circonstance que le pus, au lieu de se frayer une issue au-dehors, aurait certainement fusé à l'aventure, produit des décollements considérables et toutes les conséquences graves qui en découlent. En outre, toujours dans ce cas particulier, la malade serait probablement morte avant l'ouverture spontanée de la poche purulente au-dehors ; car, nous l'avons dit, des symptômes généraux de résorption s'étaient déjà manifestés, et en supposant même que la nature fût parvenue à frayer une voie salutaire à la sortie du pus, je doute qu'elle l'eût fait encore assez à temps pour que l'état de la malade pût lui permettre de faire tous les frais de la guérison. Je ne mets donc pas en doute que cette pauvre malade n'eût succombé à son affection, si l'art ne fût intervenu à temps. M. Amussat possède plusieurs exemples malheureux de cette espèce.

Outre les graves inconvénients auxquels l'expectation expose, n'en est-il pas d'autres qui peuvent survenir dans des cas analogues, tels qu'une péritonite par extension d'inflammation, un épanchement purulent dans la cavité du péritoine, d'où une péritonite inévitablement mortelle (accidents dont quelques accès intercurrents de douleurs atroces ont semblé menacer plusieurs fois les jours de notre malade), des fistules interminables, qui, par la longueur de leur durée, finissent par épuiser le malade et le faire succomber dans le marasme le plus affreux.

Enfin, ne peut-il pas arriver que l'abcès s'ouvrant dans un point défavorable à l'écoulement du pus, ainsi que M. Bourdon en a fait la judicieuse remarque dans son mémoire, dans lequel nous avons retrouvé des idées tout à fait conformes à celles que nous avions avant la lecture de cet excellent mémoire, heureux que nous sommes de les y avoir vues figurer, ne peut-il pas arriver, dis-je, que ce liquide, séjournant dans un cul-de-sac, se vicie; que les parois du sac s'enflamment, et que, par suite, surviennent des symptômes de résorption et de fièvre hectique qui finissent par conduire le malade au tombeau. C'est ce qui est arrivé chez une dame Cuoc, malade que MM. Amussat et Récamier ont été appelés *trop tard* à opérer, à l'époque où notre malade actuelle commençait à éprouver les premières atteintes de sa maladie.

Enfin, si la communication se fait malheureusement avec une cavité muqueuse, comme la vessie, le gros intestin, le liquide irritant contenu dans le premier de ces deux viscères et les matières étrangères qui circulent habituellement dans le second, ne peuvent-ils pas, en pénétrant dans l'intérieur du foyer purulent, y entretenir une inflammation indéfinie? C'est alors, comme le dit M. Bourdon, qu'on observe tous ces graves accidents qu'on ne sait comment expliquer pendant la vie.

Pour motiver encore le précepte que nous avons émis ci-dessus, nous ajouterons, avec les auteurs que nous avons nommés plus haut, que lorsque l'abcès s'ouvre spontanément, la guérison se fait toujours attendre beaucoup plus longtemps que lorsqu'il a été ouvert en temps opportun par une opération convenable.

---

14. *Mémoire sur les anévrismes de la région inguinale, et sur leur traitement;* par M. Malcaigne.

(Suite : *voir* t. II, février 1846, p. 120.)

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, février 1846.)

§ III. — *De quelques phénomènes de l'anévrisme et de leur signi-*

fication. — Notre anévrisme offrait de forts battements, mais point de frémissements à la main et à l'oreille, et il était surmonté de petites bosselures : cette absence de frémissements, cette présence de bosselures demandent à être examinées.

La science est loin d'être fixée sur les bruits divers que peuvent faire entendre les diverses espèces d'anévrismes. Pour l'anévrisme spontané, l'*oreille*, dit-on, *armée ou non du stéthoscope, entend, dans un grand nombre de cas, un bruit de râpe ou de soufflet, résultant de l'entrée du sang dans le sac anévrismal.* On réserve pour l'anévrisme faux consécutif *un bruissement particulier, que l'on a désigné sous le nom de* susurrus, *et qui est produit par le passage du sang à travers l'ouverture étroite de l'artère.* Cependant, la varice anévrismale présente de même *un bruissement* ou *un sifflement particulier que l'on peut reconnaître, soit en touchant la tumeur, soit en appliquant l'oreille sur sa surface.*

Or, tout cela ne me paraît rien moins qu'exact. Cela vient sans doute de ce que les chirurgiens qui ont écrit sur les anévrismes, n'ayant eu que de rares occasions d'en voir, se sont crus obligés de copier leurs devanciers : il eût mieux valu étudier les observations particulières ; et bien que la plupart soient fort avares de détails sur les symptômes, on aurait pu cependant se convaincre que les anévrismes spontanés peuvent offrir un bruissement à la main tout aussi bien que les anévrismes faux consécutifs ou variqueux. Ainsi, pour les anévrismes de la région inguinale, j'ai réuni cinq observations où la tumeur présentait ce phénomène particulier, désigné tour à tour sous les noms de frémissement, bruissement, sifflement.

Je ne tiendrai pas compte de celle de James, qui, moins d'un mois après l'apparition de la tumeur, s'assura, dit-il, de sa nature, à l'aide du stéthoscope. Comme il n'ajoute pas ce qu'il a entendu, on n'en saurait tirer de déduction rigoureuse. Mais les suivantes sont plus satisfaisantes.

Ruan fut appelé pour un homme de 48 ans, qui, sans cause connue, avait vu naître et grossir une tumeur dans la région inguinale droite. La tumeur remontait à deux mois environ ; elle était volumineuse, offrait des battements énergiques, et, de plus, communiquait à la main un frémissement particulier (*whizzing*, sorte de sifflement, bruit semblable à celui d'une liqueur qu'on verse dans le feu). Il convient d'ajouter que le membre était gonflé et couvert de veines dilatées. L'iliaque externe fut liée ; la tumeur diminua rapidement : trois mois après, il ne restait plus de traces de la tumeur.

Cette dilatation des veines amènerait peut-être quelque soup-

çon d'un anévrisme variqueux ; mais, dans les cas suivants, il n'y avait rien de semblable.

Bransby Cooper lia l'iliaque externe pour un anévrisme à l'aine, du volume d'une noix, et un autre, du volume d'une orange, situé au tiers supérieur de la cuisse. Cette dernière tumeur datait de six mois ; l'autre était venue quelque temps après. Toutes deux battaient fortement ; de plus, dans toutes deux, *le bruit anévrismal était facile à entendre et le frémissement* (thrill) *très-sensible au toucher*. Vingt-deux jours après, la tumeur avait déjà diminué de moitié.

Salomon décrit un anévrisme inguinal très-volumineux, datant de six mois, et pour lequel il lia peu à peu l'iliaque primitive ; le stéthoscope y faisait entendre un très-fort bruit de soufflet, et le doigt appliqué sur la tumeur éprouvait un bruissement particulier. Deux mois après la ligature, cette énorme tumeur avait presque entièrement disparu. Le sujet étant mort huit mois plus tard, l'autopsie ne révéla de traces que d'un anévrisme spontané sans aucune participation des veines.

Je note avec soin cette diminution rapide de la tumeur dans les cas où le bruissement a été noté : c'est que, pour le dire par avance, je pense que le bruissement a besoin, pour être entendu, que le sang, sortant de l'artère, passe dans une cavité remplie ou presque remplie de sang liquide ; et que si, chez mon malade, je ne l'ai point senti, c'est que le sac était en grande partie occupé par du sang coagulé. Cette manière de voir peut seule expliquer divers phénomènes autrement inexplicables ; et on la verra confirmée par les faits, à mesure que nous avancerons.

On comprend qu'entre un anévrisme comblé de sang coagulé, et une tumeur tout entière occupée par du sang liquide, il se trouve divers degrés intermédiaires. Il se peut, entre autres, qu'une portion du sac soit comblée de caillots, l'autre portion demeurant libre ; je présume que c'est ce qui avait lieu dans les cas suivants.

Bellingham a fait l'histoire d'un anévrisme inguinal du volume de moitié d'une orange, situé au-dessus de l'arcade crurale, mais s'étendant à un demi-pouce au-dessous : la main, appliquée sur la partie supérieure de la tumeur, y sentait des battements énergiques, mai sans frémissement ; tandis que, *immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, il y avait un léger frémissement, et le stéthoscope y faisait entendre un bruissement simple et fort (a loud single bruit)*. Deux jours après la ligature, la tumeur semblait avoir *un peu diminué ;* le cinquième jour, elle paraissait

être devenue *plus solide;* du dix-septième au dix-neuvième, elle se ramollit manifestement dans son centre. Le vingt et unième, elle s'ouvrit dans la plaie, et il en sortit, les jours suivants, plusieurs caillots accompagnés de pus et de sang noir; le trente-huitième jour, il se fit deux ouvertures à la peau qui recouvrait le sac, par lesquelles il acheva de se vider ; et le malade finit par guérir, mais après plus de deux mois.

Il y a, comme on voit, beaucoup de rapports entre les suites de cette ligature et celles de la mienne; dans les deux cas, une tumeur plus ou moins remplie de caillots, et qui a fini par se crever dans la plaie.

Enfin, l'observation de Crampton présente un phénomène analogue à celle de Bellingham, mais plus caractéristique encore. Il s'agissait d'une tumeur énorme, partagée en deux moitiés à peu près égales par un sillon assez profond, correspondant au ligament de Poupart : la portion inférieure, à peine compressible, présentait de fortes pulsations, mais sans frémissement; l'autre était molle et compressible, *comme si elle eût contenu du sang liquide*, et à trois pouces au-dessus de l'arcade le frémissement était parfaitement appréciable. La tumeur, immédiatement après l'opération, avait déjà diminué d'un tiers; et, chose remarquable, la diminution portait seulement sur sa portion supérieure. Malheureusement, la ligature ne tint pas, et le sujet périt d'hémorrhagie.

Cette observation de Crampton nous conduit à l'étude d'un autre phénomène qui a été beaucoup trop oublié par les chirurgiens, c'est-à-dire la compressibilité de la tumeur. Il est trop évident que la tumeur ne peut céder sous la pression que par la rentrée du sang qu'elle contient dans l'artère : d'où il suit qu'un sac rempli de caillots ne peut se vider ; que plus il contiendra de sang liquide, plus il se videra; et si notre manière de voir au sujet du frémissement anévrismal ne souffrait point d'exceptions, ce frémissement devrait toujours se rencontrer avec un degré plus ou moins considérable de compressibilité de la tumeur. Crampton est le seul, cependant, qui ait noté à la fois les deux phénomènes, du moins pour l'anévrisme inguinal ; mais on retrouve la compressibilité signalée par plusieurs observateurs qui n'ont pas fait attention au bruissement.

Le fait le plus remarquable est celui de Smith Soden. Son malade portait depuis deux mois une tumeur arrivée au volume d'un gros citron : *on pouvait la vider par la pression; mais elle se distendait de nouveau immédiatement après que la pression avait cessé.* L'artère fut liée le 22 avril; un mois après, on ne sentait plus,

au lieu de la tumeur, qu'une dureté *de la grosseur d'une noisette*. Cette dureté diminua graduellement, et le malade fut guéri le 15 juin, c'est-à-dire en moins de deux mois.

Je dis que ce fait est remarquable, parce qu'il montre avec quelle rapidité disparaît un anévrisme quand il n'est rempli que de sang liquide, et aussi parce que le décroissement de la tumeur a été suivi jusqu'à la fin.

B. Cooper a une observation presque semblable. Sur un homme de 40 ans, portant depuis trois mois et demi un anévrisme au pli de l'aine, il trouva la tumeur ferme à sa circonférence, molle à sa partie centrale, qui était plus proéminente, et diminuant considérablement à la pression. Sans différer, il lia l'artère iliaque; aussitôt après, la tumeur diminua d'un tiers : dès le lendemain, la diminution était de moitié. On peut facilement prévoir que la guérison a été prompte; je regrette cependant de ne pas trouver de détails ultérieurs sur l'état de la tumeur.

D'autres chirurgiens, consultés dans des circonstances analogues, ont malheureusement différé, et ont eu aussi des résultats fort différents.

Abernethy avait trouvé, sur son second malade, un anévrisme datant de trois semaines, du volume d'une orange, rempli de sang liquide, lequel pouvait être entièrement expulsé du sac anévrismal. Une consultation eut lieu; Abernethy déduisit des raisons fort spécieuses pour différer l'opération : on attendit deux mois, pendant lesquels la tumeur fit des progrès; et quand on se décida, le sang pouvait encore être exprimé de la partie la plus saillante de la tumeur, mais on ne pouvait plus juger des parties plus profondes. Le quatrième jour après la ligature, le sac s'ouvrit dans la plaie, le sang s'y putréfia; en vain on l'ouvrit le septième jour, ses parois étaient gangrenées, et le malade succomba le vingt-troisième jour.

J'ai déjà dit un mot de l'observation de James, dans laquelle il explora la tumeur à l'aide du stéthoscope; il faut ajouter que la pression la vidait en partie de ce qu'elle contenait. Le chirurgien crut devoir essayer la méthode de Brasdor; un mois fut ainsi perdu : la tumeur s'accrut rapidement, et l'on tenta la ligature de l'aorte, qui emporta le malade au bout de quelques heures.

De l'étude attentive de ces faits ne ressort-il pas de nouveau l'importance, la nécessité de recourir à l'opération le plus tôt possible? Nous étions déjà arrivé à cette conséquence par une autre voie; et j'y insiste d'autant plus que l'opinion contraire a compté et compte encore peut-être de nombreux partisans.

Il resterait à parler des bosselures que présentait notre tumeur.

Elles appartenaient bien à l'anévrisme même, puisqu'elles ont disparu avec lui; et je ne connais qu'un cas unique, celui de M. Deguise, où les nodosités aperçues à la surface du sac fussent constituées par des ganglions. Mais quelle est la signification des bosselures du sac anévrismal? Je renverrai cette question à un autre travail, à l'occasion d'un anévrisme de la carotide, où elles ont présenté des vicissitudes tout à fait remarquables.

§ IV. — *De la terminaison des anévrismes inguinaux abandonnés à eux-mêmes.* — Abernethy rapporte deux cas de guérison spontanée d'anévrismes inguinaux : l'un sur un soldat traité à l'hôpital d'York, dont Hogdson a également rapporté l'histoire ; la gangrène s'était emparée de la tumeur et des parties ambiantes, et il fallut plus d'un an pour obtenir la cicatrisation complète. Dans le second cas, il n'est pas dit par quel mécanisme s'était opérée la guérison. M. A. Severin rapporte un cas analogue, où l'art ne vint que fort peu en aide à la nature ; je n'ai pas trouvé d'autres cas de guérison spontanée.

Un des sujets observés par Guattani eut également une gangrène du sac, et l'on espérait le sauver ; mais il succomba dans le marasme, et l'on trouva une carie profonde de l'ilium et du pubis.

Cette carie de l'ilium et du pubis, par les progrès de l'anévrisme, s'est rencontrée dans deux autres cas : dans celui de James, d'autant plus remarquable, à cet égard, que l'anévrisme n'avait pas même deux mois de date ; et celui de Syme, qui ne datait pas de quatre mois. Dans ce dernier cas, la capsule de l'articulation coxo-fémorale était elle-même en partie détruite.

Voilà donc un premier et fort redoutable péril à craindre, lors même que la nature tendrait à pourvoir à la guérison spontanée de l'anévrisme. Mais la gangrène, si bénigne dans quelques cas, se borne d'autres fois à entamer le sac, et à offrir, à la chute de l'eschare, une large voie aux hémorrhagies ; c'est ce qui avait eu lieu chez le sujet de Ramsden et chez celui pour lequel A. Cooper lia l'aorte.

On a vu quelquefois survenir une autre complication qui n'est guère moins redoutable : la gangrène du membre par les seuls progrès de l'anévrisme et avant toute opération. Le premier sujet opéré par A. Cooper avait une gangrène imminente du membre au moment de l'opération ; elle se manifesta presque aussitôt après, et il fallut amputer la jambe. La gangrène était de même imminente ou déclarée chez le sujet à qui Syme lia l'iliaque primitive, et chez celui à qui Murray lia l'aorte; opérations suivies d'une mort rapide, ainsi qu'on pouvait s'y attendre. Par

où l'on voit que si la ligature a quelquefois entraîné la gangrène, l'anévrisme seul a pu, presque aussi souvent, la produire.

Enfin, l'anévrisme inguinal peut devenir une cause de mort par rupture intérieure et agrandissement du sac, comme on en lit un exemple dans les *Leçons orales de Dupuytren*, ou par quelque complication du côté des viscères.

§ V. — *Du siége précis des anévrismes de la région inguinale.* — Cette question est à mes yeux d'une importance capitale ; et l'on en jugera par les conséquences auxquelles nous conduira son examen.

Dans le fait qui m'est propre, l'anévrisme avait commencé immédiatement au-dessous du ligament de Poupart ; mais, dans son développement, il avait d'abord refoulé ce ligament en haut et en avant ; puis, il s'était étendu dans la fosse iliaque, à tel point que je crus d'abord qu'il faudrait lier l'iliaque primitive. Mais les recherches faites dans l'opération même nous montrèrent que l'iliaque externe était saine, au moins dans une très-grande étendue, et que la tumeur, en occupant sa place, l'avait refoulée presque au fond du petit bassin.

N'en était-il pas ainsi de beaucoup d'anévrismes considérés comme appartenant à l'iliaque externe ou même à l'iliaque primitive? J'ai étudié, sous ce rapport, un grand nombre d'observations : plusieurs se bornent à accuser une tumeur dans la région inguinale, sans autre désignation plus précise ; d'autres décrivent bien la tumeur, mais sans parler de son origine, sans que les détails de l'opération ou de l'autopsie suffisent pour réparer cette lacune ; et, néanmoins, de celles que j'ai pu mettre en œuvre, ressortent encore d'utiles enseignements.

J'ai dressé un tableau de quarante-six anévrismes pour lesquels on a lié soit l'iliaque externe, soit l'iliaque primitive, soit même l'aorte. Sur ces quarante-six cas, on comptait :

Anévrismes de l'artère crurale, siégeant absolument au-dessous de l'arcade	20
Anévrismes siégeant au-dessous de l'arcade, mais la dépassant quelque peu, et provenant encore, selon toute probabilité, de l'artère crurale.	9
Anévrismes siégeant pour moitié environ au-dessus de l'arcade, et pour l'autre moitié au-dessous.	8
Anévrismes occupant principalement la fosse iliaque, et appartenant à l'iliaque externe.	9

On voit que ces quatre catégories pourraient assez bien se réduire à trois : 1° *anévrismes du pli de l'aine*, provenant de l'artère fémorale ; 2° *anévrismes de la fosse iliaque*, dus à l'iliaque externe ; et 3° *anévrismes ilio-cruraux*, appartenant tantôt à l'une, tantôt à l'autre des artères.

Ce qui est d'abord tout à fait digne de remarque, c'est qu'il ne se trouve pas, dans ce tableau, un seul cas d'anévrisme de l'artère iliaque primitive. J'ai fait d'autres recherches pour en découvrir au moins un exemple; et je n'ai rencontré que deux cas dans lesquels presque toutes les artères avaient pris part à la diathèse anévrismale, et qui, par là même, se seraient refusés à l'opération. Cette sorte d'immunité a lieu d'étonner sans doute, et probablement elle sera détruite par des observations ultérieures; mais il n'en est pas moins important, pour les chirurgiens, d'avoir présente à l'esprit cette proposition inattendue :

L'artère iliaque primitive paraît être restée, jusqu'à présent, exempte d'anévrismes isolés.

Que deviennent, en présence de ce fait général, les opérations qu'on a tentées jusqu'ici pour lier l'aorte?

Une deuxième proposition, qui découle naturellement de notre tableau, c'est que les anévrismes inguinaux appartenant à l'artère crurale sont beaucoup plus communs que ceux de l'artère iliaque externe. D'où il suit que, quand une tumeur s'étend en haut et en bas de l'arcade crurale, ce n'est pas une raison de procéder à la ligature de l'iliaque primitive, mais qu'il faut avant tout, comme je l'ai fait et comme quelques autres l'ont fait avant moi, aller à la recherche de l'iliaque externe. Du reste, pour édifier les chirurgiens, je vais donner le tableau des deux dernières catégories d'anévrismes avec les opérations pratiquées et les résultats :

1o *Anévrismes ilio-cruraux.*

A. Cooper lie l'*aorte*.		1 mort.
Crampton, Salomon et Peace lient l'*iliaque primitive*..	2 guérisons.	1 —
Salomon, Arendt deux fois, et moi, nous lions l'*iliaque externe*.	3 —	1 —

2o *Anévrismes de la fosse iliaque.*

James et Murray lient l'*aorte*.		2 —
Val. Mott, Deguise, Garviso deux fois, Syme et Hey lient l'*iliaque primitive*. . .	4 —	2 —
Bellingham lie l'*iliaque externe*.		1 —

En reprenant en gros ces divers chiffres, on trouve :

Pour 8 ligatures de l'aorte.		3 morts.
Pour 9 ligatures de l'iliaque primitive. .	6 guérisons .	3 morts.
Pour 5 ligatures de l'iliaque externe. . .	4 guérisons .	1 mort.

Je ne veux pas, pour le présent, en dire davantage, me réservant de compléter ce sujet à l'occasion du traitement.

§ VI. — *Du traitement.* — Je serai bref sur les moyens que l'on a tentés en dehors de la ligature par la méthode d'Anel.

Il ne faut pas se fier à la nature ; et le traitement de Valsalva n'aboutirait guère qu'à faire perdre un temps précieux.

M. Reynaud a obtenu un succès par l'application de la glace. Le traitement dura deux ans, et le malade fut perdu de vue presque aussitôt après sa sortie. Mais, ce qu'il importe surtout de noter, c'est qu'un traitement analogue, essayé auparavant, avait laissé faire à l'anévrisme des progrès effrayants. Cette différence de résultats, sur le même sujet, fournit matière à de graves réflexions ; et quelques faits me portent à penser que l'immobilisation absolue de la partie est une condition trop négligée, du moins dans les essais de ce genre. Toutefois, dans l'état actuel des choses, je n'oserais accorder au traitement réfrigérant beaucoup de confiance.

La compression sur la tumeur a été essayée par Guattani et par A. Cooper, toujours sans succès. La compression sur l'artère au-dessus de la tumeur, tentée deux fois avec le compresseur spécial de M. Verdier, n'a pas mieux réussi.

La ligature à la méthode de Brasdor, pratiquée par Deschamps, A. Cooper et James, a eu des résultats désastreux. Un des faits de M. Verdier montre surtout combien, dans les circonstances les plus favorables, cette méthode est encore impuissante dans cette région : l'amputation de la cuisse avait été faite à trois pouces au-dessous de la tumeur de l'aine ; un an après, la tumeur, loin de diminuer, s'était accrue ; et la compression appliquée sur l'artère au-dessus, pendant plus de deux ans, ne put encore obtenir la guérison. Peut-être, encore ici, n'a-t-on pas établi une immobilisation suffisante.

Je ne rappelle l'opération ancienne que pour mémoire.

Reste donc la ligature au-dessus de la tumeur, à laquelle il faut recourir, comme il a été dit, le plus tôt possible. Mais on a appliqué cette ligature sur l'aorte, sur l'iliaque primitive, sur l'iliaque externe, et il y a lieu d'abord de rechercher si l'on a toujours agi avec des indications suffisantes.

§ VII. — *Ligature de l'aorte.* — Il suit de ce qui a été dit plus haut, que la ligature de l'aorte, dans les cas où elle a été faite, n'était même pas justifiée par le siége de l'anévrisme ; mais cette conséquence est trop grave pour ne pas la confirmer par l'examen des faits particuliers.

Le premier et le plus célèbre est celui d'A. Cooper. Il s'agissait d'un homme de 38 ans, entré à l'hôpital de Guy, le 9 avril 1817, pour un anévrisme de l'aine gauche. Le malade racontait que, treize mois auparavant, il avait fait une chute dans laquelle l'aine avait porté contre l'angle d'un coffre : à la suite de

cette chute, il était resté une tumeur dans l'aine, qui avait grossi peu à peu ; et, lors de son entrée, cette tumeur remontait à trois ou quatre pouces au-dessus du ligament de Poupart, et descendait à une égale distance au-dessous.

C'était donc là un anévrisme de l'origine de la fémorale ; et tout semblait indiquer une opération qui aurait eu pour but, comme la nôtre, de porter une ligature à l'origine de l'iliaque externe et, au besoin, sur l'iliaque primitive. Cependant, A. Cooper recula , et par une raison qui serait bien faite pour nous surprendre, si l'on ne se reportait à l'époque du fait. « Le péritoine, dit-il, avait été attiré à une telle distance de la partie inférieure de l'abdomen, qu'il atteignait l'artère iliaque primitive, et qu'il était impossible d'opérer sans ouvrir la cavité péritonéale. » Cela n'est certainement rien moins que clair ; et plus le péritoine est refoulé dans l'abdomen, plus il est facile de l'éviter.

Cependant, la tumeur, négligée d'abord, soumise ensuite à une compression malencontreuse, acquit, le 16 mai, un accroissement subit, et un autre très-prononcé quinze jours après. La compression fut cessée le 4 juin, à raison d'une légère ulcération de la peau ; dès le lendemain, la tendance à la gangrène était manifeste : le 20 juin et les jours suivants, il y eut des hémorrhagies par le détachement de l'eschare ; on lia l'aorte le 25, et le sujet mourut le 27.

On pouvait espérer que l'autopsie viendrait justifier et les craintes qui avaient fait retarder l'opération d'abord, et la grave détermination prise enfin en désespoir de cause ; voici tout ce que porte le texte :

« Le sac anévrismal, qui était d'un volume énorme, s'étendait depuis l'artère iliaque primitive jusqu'au-dessous du ligament de Poupart, et se prolongeait même à la partie interne de la cuisse. On ne voyait plus l'artère, depuis la partie supérieure jusqu'à la partie inférieure du sac, qui était rempli par une quantité considérable de caillots. »

Rien sur le mode de cette prétendue disparition de l'artère, rien sur l'embouchure de l'iliaque interne ; la planche montre seulement l'iliaque primitive aussi saine qu'un dessin la peut montrer, et qui semble appeler en quelque sorte la ligature.

Je ne saurais donc accepter cette déclaration de l'illustre chirurgien anglais, que la ligature de l'aorte était la seule planche de salut, et que la seule chose à déplorer, c'est qu'elle n'ait pas été pratiquée plus tôt. L'observation démontre de reste, malgré ses lacunes, qu'il y avait autre chose à faire, et il est à déplorer que cela n'ait point été fait.

La deuxième observation est due à James, et concerne un homme de 44 ans, entré à l'hôpital le 7 mai 1829. Nous avons dit comment la tumeur avait pris naissance au-dessous de l'arcade crurale, et comment, en moins de trois semaines, elle avait acquis un volume énorme, jusqu'à remplir toute la région iliaque, poussant en avant la partie inférieure de l'abdomen.

Je ne sais pourquoi il parut au chirurgien que l'*état de la tumeur empêchait de faire la ligature au-dessus d'elle.* Il essaya donc de lier l'artère crurale au-dessous, à la méthode de Brasdor, ce qui fut fait le 2 juin. La tumeur commença par diminuer; mais, dès le 12 juin, elle était revenue au même volume qu'avant l'opération ; et, dès lors, elle fit des progrès si rapides que l'on jugea nécessaire de lier l'aorte, ce qui fut fait le 5 juillet. Le sujet succomba quelques heures après.

A l'autopsie, l'iliaque gauche put être suivie facilement jusqu'à sa bifurcation : l'iliaque interne était saine ; l'externe faisait partie de la tumeur, sur le côté antérieur de laquelle elle était accolée, et avec laquelle elle se confondait intimement dans sa partie inférieure. En ouvrant le sac, on ne découvrit aucune portion de la paroi postérieure de cette artère ; mais, plus bas, on pouvait encore la reconnaître, et elle formait une poche d'où naissaient, par une fâcheuse anomalie, deux artères crurales d'un volume égal. La ligature à la méthode de Brasdor avait ainsi manqué son but, et James pense que, sans cette anomalie, elle aurait été suivie d'un succès complet.

Quoi qu'il en soit de cette idée, il reste du moins parfaitement établi qu'on aurait pu lier l'iliaque primitive. Seulement, la tumeur ayant un volume tel qu'elle occupait à la fois la fosse iliaque et le bassin, où elle avait même corrodé profondément l'ilium et le pubis, et ayant d'ailleurs contracté de fortes adhérences avec les parties voisines, il eût toujours fallu ouvrir le péritoine. Mais cette nécessité fâcheuse n'est même démontrée que pour l'époque où se fit la deuxième opération ; et, le 2 juin, on aurait eu probablement des facilités plus grandes.

Enfin, une troisième tentative a été faite par Murray, au cap de Bonne-Espérance, le 26 janvier 1834. L'auteur lui-même déclare que c'était un cas désespéré ; la tumeur montait jusqu'à l'ombilic, et occupait plus de moitié de la partie inférieure de l'abdomen, du côté droit. *La mortification du membre faisait de rapides progrès ; le malade était réduit à la dernière agonie.* Il succomba vingt-trois heures après l'opération. Nous n'avons pas d'autres détails ; seulement, le chirurgien dit que l'anévrisme appartenait à l'iliaque externe.

Je ne saurais laisser passer ce dernier cas sans élever contre une pareille barbarie la protestation la plus énergique. Un malade à l'agonie! Espérait-on lui rendre la vie en liant l'aorte? Le membre déjà gangrené! pensait-on arrêter la gangrène? Je cherche en vain ce que le chirurgien prétendait faire, sinon une misérable expérience sur cet agonisant, afin sans doute d'attacher son triste nom à l'histoire d'une opération excentrique.

Laissons donc désormais la ligature de l'aorte comme l'erreur d'un grand talent chirurgical, et rejetons-la bien moins encore à cause de ses dangers qu'à cause de son inutilité. Dans les cas les plus graves d'anévrismes de la fosse iliaque, la ressource extrême doit être la ligature de l'iliaque primitive. Il faut donc maintenant rechercher les moyens d'arriver à cette artère par le chemin le plus court, avec le moins de danger possible; ce sera un chapitre de médecine opératoire d'autant plus curieux que nous étudierons l'opération exclusivement sur le vivant.

§ VIII. — *Ligature de l'iliaque primitive.* — Il y a deux méthodes pour arriver sur cette artère, selon qu'on ménage ou qu'on divise le péritoine.

Première méthode; incision extra-péritonéale. — La première opération et le premier succès reviennent à Valentin Mott. Le 15 mars 1827, il fut appelé près d'un homme de 33 ans, portant dans le côté droit du ventre une tumeur qui s'étendait depuis l'arcade crurale jusqu'à l'ombilic, et en travers depuis la ligne blanche jusqu'à l'épine iliaque postérieure. C'était, comme on voit, un cas fort analogue à celui de James, si ce n'est que la tumeur ne descendait pas au-dessous de l'arcade crurale, mais commençait *un peu au-dessus.* V. Mott se décida à lier l'iliaque primitive et opéra immédiatement. Je le laisserai exposer lui-même son opération :

« Une incision fut commencée juste au-dessus de l'anneau inguinal externe, et menée dans une direction demi-circulaire, à un demi-pouce au-dessus du ligament de Poupart, jusque un peu au delà de l'épine iliaque antérieure, offrant environ 5 pouces d'étendue. La peau et les fascias superficiels furent ainsi divisés, puis l'aponévrose du grand oblique, dans une étendue égale; les fibres musculaires du petit oblique furent ensuite soulevées soigneusement avec les pinces et séparées avec le bistouri du bord supérieur du ligament de Poupart. Alors apparut le cordon spermatique, dont on divisa avec précaution l'enveloppe celluleuse, assez pour permettre au doigt indicateur gauche de pénétrer dans l'anneau inguinal interne. Ce doigt servit de conducteur pour diviser les muscles petit oblique et transverse dans toute l'étendue

de l'incision extérieure, sans léser le péritoine. En achevant la division de ces muscles en dehors, l'artère circonflexe iliaque fut coupée en travers, et fournit pendant quelques minutes un notable jet de sang. Ce fut, avec une petite artère à la surface de l'oblique interne, entre les anneaux, et une autre sous les téguments, tout ce qu'il y eut de vaisseaux à lier.

« Je tentai alors de décoller le péritoine de la tumeur qui battait furieusement au-dessous ; tâche difficile et dangereuse, à cause des adhérences existant de tous côtés. Nous le séparâmes par degrés avec beaucoup de précaution ; mais nous trouvâmes bientôt que l'incision extérieure ne nous permettrait pas d'arriver à plus de moitié de l'étendue verticale de la tumeur. Il fallut donc l'agrandir en haut et en arrière, environ à un demi-pouce en dedans de l'ilium, dans l'étendue de 3 pouces, faisant en tout une plaie d'environ 8 pouces de longueur. Le décollement du péritoine fut alors poursuivi jusqu'à ce que les doigts arrivassent à la partie supérieure de la tumeur, qui se terminait à l'origine de l'iliaque interne. L'iliaque primitive fut ensuite examinée en passant les doigts sur le promontoire du sacrum ; et ayant paru saine au toucher, nous nous décidâmes à y placer notre ligature, à mi-chemin à peu près entre l'anévrisme et l'aorte, afin de laisser de chaque côté une portion du vaisseau suffisante pour favoriser l'adhésion.

« La profondeur de la plaie, l'étendue de l'anévrisme, et l'impulsion des intestins dans les efforts du malade pour supporter la douleur, rendaient presque impossible de voir l'artère. A l'aide de spatules recourbées et d'une planchette mince et polie, de trois pouces de largeur, préparée à l'instant même, nous réussîmes à tenir relevée la masse péritonéale et à découvrir distinctement le vaisseau sur le côté du promontoire sacro-vertébral. Cela ne fut pas obtenu sans de grands efforts de notre part, et ne dura pas au delà de quelques secondes. La difficulté était grandement accrue par le soulèvement de la tumeur anévrismale, qui interceptait la lumière. Quand nous élevions le bassin, la tumeur nous masquait l'artère ; quand nous l'abaissions, les intestins refoulés en bas présentaient une autre difficulté.

« Introduisant ma main droite en arrière du péritoine, je dénudai l'artère avec l'ongle de l'indicateur ; et l'aiguille armée de la ligature fut introduite de dedans en dehors, guidée par l'indicateur gauche, afin d'éviter toute lésion de la veine. La ligature fut très-aisément passée sous l'artère ; mais nous éprouvâmes une difficulté considérable à accrocher l'œil de l'aiguille, à raison de la profondeur de la plaie et de l'impossibilité d'y voir. La

distance de l'artère à l'incision des téguments égalait toute la longueur de mon aiguille anévrismale.

« Après avoir passé la ligature sous l'artère, nous réussîmes, à l'aide de nos spatules et de notre planchette, à la découvrir distinctement et à nous assurer qu'elle était bien sous l'iliaque primitive, un peu au-dessous de la bifurcation de l'aorte. On la serra alors, les nœuds facilement conduits sur l'artère avec les deux indicateurs ; toute pulsation cessa immédiatement dans la tumeur. — Le point qu'occupait le lien sur l'artère était un peu au-dessous du niveau de l'ombilic. L'opération n'avait pas duré une heure. »

La plaie fut réunie par cinq points de suture, comprenant les muscles de la peau, et soutenus par des bandelettes agglutinatives. Il n'y eut pas d'accidents graves : la ligature tomba le dix-huitième jour ; toute la plaie était cicatrisée, hors le point qu'elle occupait. La cicatrice était complète au trente et unième jour ; et, six semaines après, il ne restait aucune trace de la tumeur. La jambe était aussi forte que l'autre ; on sentait battre fortement l'artère épigastrique notablement élargie, et un battement faible, mais distinct, dans l'artère fémorale, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale.

Manifestement, dans ce procédé, l'incision s'écarte trop en haut et en dehors de la direction du vaisseau, et de là les difficultés rencontrées par l'opérateur. Il a été cependant imité par deux autres chirurgiens, Syme et Peace ; et bien qu'ils aient été plus sobres de détails, il est facile de juger qu'ils n'ont été guère moins embarrassés que V. Mott. Peace particulièrement, bien qu'il eût donné tout d'abord 7 pouces à son incision, fut dix-sept minutes avant d'avoir passé l'aiguille sous l'artère ; et le reste de l'opération, y compris trois points de suture et un pansement fort simple, exigea encore trente minutes, de telle sorte que le malade ne put être reporté à son lit qu'après quarante-quatre minutes.

Je rejette donc ce procédé d'une manière absolue ; nous verrons d'ailleurs qu'il est en quelque façon calqué sur les procédés d'Abernethy et d'A. Cooper pour la ligature de l'iliaque externe, et que ceux-ci n'avaient été imaginés que pour porter la ligature sur la partie inférieure de cette artère.

Le deuxième procédé est celui de Crampton, et fut mis à exécution par l'auteur même le 18 juillet 1828. Au lieu d'attaquer l'artère par la fosse iliaque, il va la chercher à travers le flanc, et le point le plus déclive de son incision est presque au

même niveau que le point le plus élevé de la première incision de V. Mott.

L'incision, commencée au niveau de l'extrémité antérieure de la dernière fausse côte, fut continuée directement en bas vers l'os ilium, en suivant la crête iliaque un peu en dedans de son bord interne, jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de cet os. Cette incision était ainsi curviligne, sa concavité tournée en haut et en dedans du côté de l'ombilic. Les muscles abdominaux furent ensuite divisés dans l'étendue d'un pouce environ et jusqu'au péritoine, au niveau de l'épine iliaque. Puis sur le doigt indicateur glissé doucement le long de la crête iliaque pour décoller le péritoine, on fit marcher un bistouri boutonné qui divisa l'attache des muscles à cette crête, et l'on continua l'incision musculaire jusqu'à ce qu'elle pût recevoir la main tout entière. Avec cette main on souleva le sac péritonéal et les intestins qu'il contenait, et en le décollant peu à peu, on mit à nu, sans une goutte de sang, l'artère iliaque primitive. Elle avait à peu près le volume du doigt; sa tunique externe, d'un blanc-jaunâtre, contrastait avec la couleur bleu foncé de la veine iliaque, dont le diamètre était double pour le moins; on apercevait aussi l'uretère qui, semblable à un cordon blanc, croisait la direction de l'artère. A l'aide de l'indicateur gauche, on sépara l'artère de la veine; sur ce doigt on glissa un stylet aiguillé ordinaire armé d'une ligature de corde à boyau ramollie; on serra le lien à deux nœuds, et l'on coupa près du vaisseau les bouts de la ligature. Trois ou quatre points de suture réunirent les lèvres de la plaie, soutenus par des bandelettes agglutinatives. L'opération avait duré en tout vingt-deux minutes.

Ce procédé a quelque chose qui étonne au premier abord, bien que, sur le vivant, son exécution ait été rapide. Salomon lui reproche de rendre la recherche de l'artère et le passage de l'aiguille trop difficiles, et de nécessiter un décollement trop considérable du péritoine. Il a donc cherché à le modifier de la manière suivante.

Il fit une incision de quatre pouces à quatre pouces et demi, commençant à un pouce en dedans de l'épine iliaque, et remontant parallèlement à l'artère épigastrique, jusqu'à un travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. Les muscles et le fascia propria divisés à leur tour, on décolla le péritoine de l'aponévrose du muscle iliaque, puis du psoas, avec un seul doigt porté dans le milieu de la plaie. Un aide retenant alors le péritoine et les intestins à l'aide du doigt indicateur, on poursuivit le décollement jusqu'à l'iliaque primitive; mais la profondeur de

la plaie empêchait de la voir, et il fallut se contenter de la reconnaître au toucher. Elle fut séparée de la veine à l'aide de l'indicateur gauche, puis isolée tout à fait en dedans et en dehors, avec l'aiguille anévrismale, pour ne pas comprendre l'uretère avec le vaisseau. Enfin, le fil fut passé sans difficulté, et lié de même; puis la plaie réunie avec des bandelettes agglutinatives. Il n'y eut aucun vaisseau ouvert qui réclamât la ligature.

Salomon insiste sur ce double précepte, d'aller tout droit au muscle psoas pour découvrir l'artère par la voie la plus courte, et de décoller le péritoine de dehors en dedans, et non obliquement de bas en haut, pour ne pas dénuder le sac anévrismal.

En comparant les deux opérations, on est frappé de voir la modification de Salomon accompagnée de plus de difficultés que le procédé primitif. Serait-ce que l'incision courbe offrirait plus de jour, ou peut-être que l'incision de Crampton aurait été mal décrite et n'était pas reculée si fort en arrière? Nous verrons en effet Bellingham, assisté par Crampton, employer la même incision courbe, mais en reportant son extrémité inférieure à un pouce et demi en avant de l'épine iliaque : l'opération, instituée en vue de lier l'iliaque primitive, se termina par la ligature de l'iliaque externe.

C'est encore au même procédé qu'il faut rapporter l'incision de Hey, commencée à deux pouces trois quarts au-dessus du niveau de l'ombilic, et à trois pouces en dehors de la ligne blanche, conduite en bas en décrivant une courbe légère dans une étendue de six pouces, et agrandie enfin, près de sa terminaison, par une incision angulaire d'un pouce et demi. Cette description est assez obscure; il paraît que cette dernière incision était dirigée en dehors. Quoi qu'il en soit, l'agrandissement de la plaie extérieure ne semble pas avoir grandement aidé l'opérateur; il ne put distinguer le vaisseau qu'un instant et avec peine, et l'opération dura vingt-cinq minutes.

Je ne dirai rien du procédé suivi par M. Deguise, qui avait commencé par l'incision d'A. Cooper pour lier l'iliaque externe, et qui, après que la ligature eut coupé le vaisseau, se vit contraint d'aller, par la même voie, à la recherche de l'iliaque primitive : il n'a donné, pour ainsi dire, aucun détail ni sur les difficultés qu'il a eu à vaincre, ni sur la manière dont il s'est assuré que le lien n'embrassait rien autre chose que l'iliaque primitive.

Deuxième méthode; incision péritonéale. — Cette méthode a été mise en pratique par Garviso, chirurgien de l'Amérique du sud,

d'abord en 1837, et le sujet succomba, puis quelques années plus tard avec un succès complet.

Il fait une incision de quatre pouces de longueur, et oblique de bas en haut et de dehors en dedans, divise la peau, les muscles, le péritoine, repousse les intestins et l'épiploon du côté opposé, reconnaît le vaisseau, et déchire avec une sonde cannelée le péritoine qui le recouvre. Malgré l'issue de quelques anses intestinales, la ligature fut placée et serrée, chez le premier sujet, au bout de douze minutes.

Il paraît que l'iliaque primitive a encore été liée par Gibson et Litson, pour des hémorrhagies traumatiques; par Guthrie, pour une tumeur de la fesse considérée comme un anévrisme. Je ne sais quels furent les procédés suivis; d'ailleurs, la présence d'un anévrisme inguinal doit peser beaucoup, à mon sens, dans le choix du procédé, et je n'ai à m'occuper que de ce cas spécial.

Entre les deux méthodes, il n'y a pas même de discussion possible. Il m'est impossible de comprendre qu'un chirurgien s'avise d'ouvrir le péritoine tant qu'il pourra s'en abstenir. Dans la première méthode, le procédé de Crampton est fort au-dessus de V. Mott; mais il oblige, ou à lier l'iliaque primitive, ou à lier l'iliaque externe fort près de son origine, ainsi qu'a fait Bellingham. Or, il faut se réserver la possibilité de lier l'iliaque externe assez loin de son origine, pour n'avoir rien à risquer du voisinage de la collatérale, et au besoin de la poursuivre, ainsi que j'ai fait, jusque dans le petit bassin; car, si j'ai fait voir que la ligature de l'aorte n'avait pas été justifiée par le siége de l'anévrisme, je pourrais montrer de même que, plus d'une fois, on a lié l'iliaque primitive quand on aurait pu se contenter de lier l'iliaque externe. C'est pourquoi j'ai mis en usage l'incision parallèle à l'épigastrique, et je la crois préférable dans tous les cas où l'anévrisme, remontant fort haut, laisserait douter si la ligature ne devra pas être portée au delà de l'iliaque externe.

(La suite à un prochain numéro.)

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 15. *De la fracture et de la déformation des instruments lithotriteurs;* par le docteur CIVIALE.

(Bulletin général de Thérapeutique, février 1846.)

On a beaucoup parlé du danger que pouvait entraîner la fracture ou la déformation des instruments lithotriteurs dans l'intérieur de la vessie, et des faits, malheureusement trop nombreux, sont venus justifier les craintes conçues à cet égard. Il importe de

passer ces faits en revue et d'en apprécier la portée, qui a été dénaturée par l'esprit de système.

Je laisserai de côté les instruments brisés dans les essais sur table ou sur le cadavre qu'exigea l'établissement de la lithotritie, eu égard surtout à la construction de l'appareil instrumental, afin de déterminer la solidité de ce dernier et le degré de force qu'il convient d'employer lorsqu'on le met en œuvre. Ces sortes d'accidents, qu'on ne cherchait même pas à éviter, ne présentent rien dont le chirurgien doive se préoccuper. Mais il n'en est pas de même de ceux qui peuvent survenir chez l'homme; car, du moment qu'on veut appliquer une manœuvre quelconque à son semblable, tout doit avoir été assez bien prévu pour qu'on n'ait plus rien à craindre, ni surtout à suspecter des moyens qu'on emploie. Cependant, même alors, il y a eu des instruments forcés, et d'autres fracturés.

Le premier accident de cette nature se présenta dans la pratique de Dupuytren. Le fait est rapporté dans la thèse de M. Guersant; j'en ai parlé ailleurs, quand j'ai démontré que le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait adopté des appareils défectueux.

M. Leroy brisa dans la vessie d'un septuagénaire la tête du perforateur, dont plus tard il fit l'extraction. Il brisa également, dans la vessie d'un enfant, l'instrument dont il se servait; l'opération ne fut pas terminée, et Dupuytren tailla le petit malade.

Au rapport de M. Tanchou, M. Hervez de Chégoin aurait donné les détails d'un cas de lithotritie dans lequel une des branches de la pince resta dans la vessie. On retira l'instrument fracturé et la pierre en pratiquant la taille. Le malade mourut.

Ces faits causèrent quelque rumeur dans le temps. Les antagonistes de la lithotritie s'en emparèrent dans le but évident de jeter du discrédit sur l'art de broyer la pierre; mais on ne tarda pas à en juger la portée réelle. Il fut démontré que la fracture des appareils tenait à ce qu'on s'était servi d'instruments défectueux, ou à ce que les opérateurs ne connaissaient point encore la manière de pratiquer la lithotritie. Or, cette méthode n'est pas plus que toute autre responsable des accidents qui sont uniquement le fait de ceux par lesquels elle est mise en usage.

On avait pensé, entre autres M. Heurteloup, qu'en se servant du percuteur il n'y aurait à craindre ni la fracture ni la déformation de l'appareil. Cette espérance n'a point été réalisée. C'est même depuis qu'on se sert des instruments courbes qu'on a eu à s'occuper de ces sortes d'accidents d'une manière d'autant plus sérieuse, que les exemples s'en sont multipliés pendant le cours

des dernières années. Tous les cas ne sont pas connus, ou du moins les détails n'ont pas été publiés; de sorte qu'il faut user de discrétion, puisqu'on pourrait ignorer les particularités les plus importantes. Je me contenterai donc de rappeler les faits bien authentiques.

Un des premiers cas de cette nature dont on ait rendu les détails publics, eut lieu à Londres, entre les mains de M. Heurteloup. On a donné plusieurs versions de ce fait, publié par M. Costello, d'après des documents qu'il tenait de témoins oculaires. L'instrument ayant été introduit dans la vessie, le morcellement de la pierre commença; mais bientôt l'opérateur parut gêné et inquiet; il ne pouvait plus retirer la pince. Une consultation eut lieu, dans laquelle on décida que le malade serait immédiatement soumis à la taille. M. Brodie fit cette opération, six semaines après laquelle le sujet succomba. M. Edwards a donné une version différente, mais qui ne change rien au fond des choses. Les organes urinaires du malade sont déposés au Musée de l'hôpital Saint-Georges; de chaque côté de la crête uréthrale il existe une dilatation notable de la partie profonde de l'urèthre, depuis le col vésical jusqu'à l'endroit où finit l'incision de la taille; il y a aussi de petites lacérations.

Si l'on en croit les journaux anglais, ce cas ne serait pas le seul dans lequel un pareil malheur aurait eu lieu.

M. Heurteloup a donné la véritable raison de ces funestes événements qui marquèrent le début de l'emploi du percuteur. L'instrument n'avait pas encore reçu les derniers perfectionnements dont il était susceptible; l'expérience n'avait encore enseigné ni le degré de force qu'on peut employer sans sortir des bornes de la prudence, ni le véritable mode opératoire à l'aide duquel on parvient à morceler la pierre sans danger. L'art était au début; c'était un apprentissage à faire: d'ailleurs, il était bien difficile de ne pas trop se hâter, de ne pas céder à l'entraînement qui est l'écueil de presque tous les novateurs.

En 1836, M. Manoury, de Chartres, communiqua à l'Académie de médecine les détails d'un cas de lithotritie dans lequel l'instrument courbe, employé par lui, s'était faussé au point d'en rendre l'extraction impossible. On avait fait usage de la pression et de la percussion combinées. Les deux branches s'écartèrent l'une de l'autre à la partie courbe; on scia l'instrument au niveau du méat urinaire, et après avoir pratiqué la taille hypogastrique, on retira par cette voie et la pierre et le reste de l'instrument. On eut à combattre une infiltration d'urine, par suite de laquelle le malade succomba.

A côté de ces faits, je placerai le suivant, recueilli dans un hôpital de Paris.

Un homme éprouvait, en outre des symptômes de la pierre, des douleurs dans les reins, et plus particulièrement dans celui du côté droit ; il avait eu aussi quelques frissons. On n'en passa pas moins à l'opération. Deux tentatives eurent lieu, à quelques jours d'intervalle, avec l'instrument à pignon et fenêtré de M. Heurteloup. A la seconde tentative, l'instrument se brisa obliquement et inégalement au niveau de la fenêtre, à un centimètre de son extrémité vésicale. Le fragment resta dans la vessie, et n'en fut point retiré : j'ignore s'il fut fait des tentatives d'extraction. La pierre avait été un peu écornée, et les petits fragments s'étaient arrêtés dans la partie membraneuse de l'urèthre, d'où, chassés par les efforts du malade, ils s'amassaient dans la fosse naviculaire. Après la seconde séance, de nouveaux frissons survinrent, puis bientôt une fièvre continue, qui ne cessa plus jusqu'à la mort. A l'ouverture du corps, on trouva un calcul d'oxalate calcaire, en partie couvert de phosphate, de la grosseur d'un petit œuf de poule, et attaqué surtout en deux points. Le fragment d'instrument était tout noir. La vessie, légèrement hypertrophiée, présentait quelques petites tumeurs d'apparence fongueuse, vers son bas-fond. La muqueuse uréthrale était rouge, ramollie et éraillée au niveau de la portion membraneuse du canal et dans la fosse naviculaire. De ces points s'écoulait un peu de pus. Pendant la vie du malade, on avait ouvert un petit abcès au niveau du frein. Les reins contenaient de nombreux foyers purulents.

Dans le même hôpital, et entre les mains du même chirurgien, un autre percuteur fut fracturé dans la vessie d'un second malade : n'ayant pas appris que les détails de ce fait aient été publiés, je me borne à l'indiquer.

Des exemples plus récents sont venus grossir encore la liste de ces malheurs. Le *journal de Médecine de Toulouse* contient le récit affligeant d'un cas dans lequel une moitié de la branche femelle de l'instrument fenêtré se rompit, à la réunion de la partie coudée avec la portion droite, mais sans se détacher, car elle tenait à l'autre par l'extrémité libre. Le bout fracturé fut déjeté en arrière dans la manœuvre, et écarté de son axe, de sorte qu'à partir de son extrémité, la portion coudée de l'instrument augmentait de volume, à l'instar d'un compas légèrement ouvert. De plus, le bout de la cassure, terminé en pointe, faisait, en s'écartant du coude, une saillie telle, que, dans le mouvement rétrograde, il produisait, dit l'auteur, l'effet d'un fer de lance ou

d'un hameçon. D'après cela, on comprend sans peine les difficultés que devait présenter la sortie de l'instrument : non-seulement son volume était accru de manière à rendre cette sortie très-douloureuse, mais encore le bout fracturé s'arc-boutait contre l'orifice interne de l'urèthre, ce qui faisait qu'en tirant dessus, la pointe s'engageait dans les tissus. La position de l'opérateur était d'autant plus embarrassante que d'abord il ignora la nature de l'obstacle : son premier mouvement fut de croire qu'un fragment de calcul s'était placé en relief entre les branches ou dans la fenêtre de la branche femelle. Après des tentatives réitérées, on prit le parti de faire la boutonnière dans l'espoir de dégager ce prétendu fragment et d'éviter de plus grands désordres. Alors seulement la cause des difficultés devint évidente. On fit saillir par la plaie l'extrémité du lithotriteur cassée, et à l'aide de fortes pinces on détacha en entier la partie qui s'opposait au retrait de l'instrument. Le seul énoncé de ces manœuvres suffit pour donner une idée des difficultés qu'on rencontra et des désordres qui en furent la conséquence. Quant au résultat, il n'était pas encore connu au moment du rapport ; l'opération avait été faite le 25 septembre : le 16 octobre, on donnait des nouvelles satisfaisantes de l'état du malade ; mais on présumait que la guérison définitive se ferait attendre longtemps.

Le dernier fait s'est présenté en décembre 1845, dans un hôpital de Paris. On en a beaucoup parlé, mais les détails n'ont point été publiés. A cette occasion, je ferai remarquer que les chirurgiens auxquels de pareils malheurs sont arrivés n'ont pas tous suivi la même ligne de conduite. Les uns, ce sont les plus nombreux, ont cherché à étouffer non les faits eux-mêmes, ce qui serait difficile, surtout quand ils se passent dans un service public, mais les circonstances qui s'y rattachent ; de sorte qu'on n'a que des renseignements fort incomplets à l'égard de l'accident. Les autres, au contraire, se sont empressés de publier dans les journaux ou de lire dans les Académies le récit des malheurs dont leur pratique avait été frappée. Certainement ces derniers seuls ont bien compris les intérêts de la science, et sous ce rapport ils méritent des éloges. Mais peut-être trouvera-t-on qu'on s'est trop préoccupé du soin de justifier les opérateurs. J'ai déjà dit qu'on avait eu trop de tendance à charger la nouvelle méthode d'événements graves qui dépendent presque toujours d'une pratique excentrique ou de circonstances dont elle ne saurait répondre. Ce n'est pas d'elle, en effet, qu'il dépend que tel ou tel chirurgien adopte des appareils imparfaits ou dangereux. Les

instruments, fussent-ils construits d'après de bons principes de mécanique, si la fabrication en est défectueuse, si la matière n'est pas de bonne qualité, si on les emploie avant de les avoir soumis à des épreuves décisives, évidemment le résultat est la faute du fabricant, du chirurgien, qui n'ont pas satisfait aux conditions de rigueur. Il en est de même de la manœuvre : si l'on opérait avec les précautions que j'ai toujours recommandées, si l'on savait s'arrêter dès qu'on éprouve trop de résistance à casser la pierre et trop de difficulté à la fixer, il n'y aurait point de tels accidents à craindre, puisque je ne les ai jamais observés dans ma longue pratique, et qu'ils ne se sont pas présentés non plus dans celle de beaucoup d'autres chirurgiens qui ont adopté ma manière d'opérer.

Il est nécessaire d'établir une première distinction, eu égard à la gravité de l'accident, suivant qu'il y a fracture complète, avec chute de la partie brisée dans la cavité vésicale, ou fracture incomplète, la partie séparée restant adhérente à l'instrument, qui par là se trouve déformé. Dans les cas connus de fracture du trilabe, il y a eu chute de la partie brisée ; l'instrument ayant dès lors cessé de fonctionner, on l'a retiré, et l'on a ainsi connu l'accident, qui n'a point eu d'autres conséquences immédiates. La position du malade n'a changé qu'en ce qu'au lieu d'une pierre qu'il portait auparavant dans la vessie, il y avait maintenant un calcul et une portion d'instrument ; du reste, son état n'a point été aggravé, ses douleurs n'ont pas été plus vives, et presque toujours même on lui a laissé ignorer ce qui était arrivé : toutes les inquiétudes ont été pour l'opérateur, qui a dû, en temps opportun et à son choix, ou chercher à retirer le nouveau corps étranger, ou renoncer à la lithotritie, pour recourir à la cystotomie. Cette dernière voie est celle pour laquelle on s'est le plus souvent décidé ; peut-être aurait-il mieux valu, dans beaucoup de cas, tenter l'extraction par les voies naturelles, qui est assez facile et n'entraîne ni inconvénients ni dangers, comme je l'ai démontré. Mais, quelque parti qu'on ait pris, le résultat a été tel qu'il n'a point été possible de démontrer ce qui avait été avancé d'abord, savoir : que la fracture du trilabe ou du lithotriteur aggrave d'une manière notable la position des malades.

Il en a été de même pour la fracture du percuteur, avec chute de la partie brisée dans la vessie. Le volume plus considérable de la portion détachée ne me semble pas constituer une circonstance sensiblement aggravante ; l'extraction par les voies naturelles peut seulement offrir plus de difficultés. Mais, dans la ma-

jorité des cas, le percuteur ne s'est pas brisé d'une manière complète : fort souvent il n'y a eu que déviation, écartement forcé des branches, ou fracture incomplète, la partie cassée restant adhérente au tout par une surface plus ou moins étendue. De là il est résulté non-seulement que l'appareil a cessé de fonctionner, mais, ce qui est plus grave, qu'on n'a pu le retirer de la vessie. C'est donc moins à la fracture elle-même qu'à la déformation qu'a tenu la gravité de l'accident, et que sont dus les désordres. Il est facile de comprendre l'embarras de l'opérateur ; la plupart du temps, il ne s'est aperçu de l'événement qu'après coup, quelquefois par la vue de l'appareil dont une partie manquait, mais presque toujours par la difficulté ou l'impossibilité de le retirer. Il paraît cependant que, dans certaines circonstances, on aurait été averti par un bruit insolite.

En général, ce n'est pas à la déformation de l'instrument, mais à l'accumulation des débris calculeux entre ses branches, qu'ont été attribuées les premières difficultés qu'on éprouvait à le retirer. Dans l'un des derniers cas dont je viens de parler, l'opérateur demeura même longtemps imbu de cette croyance. On a aussi supposé le pincement des parois vésicales et autres circonstances analogues.

En quoi consiste la déformation ? quelles en sont l'étendue et les dispositions, eu égard à la forme, au volume, à l'incurvation du percuteur ? Quelles modifications convient-il de faire subir à la manœuvre ? Sur aucune de ces questions on ne peut se procurer de renseignements. Le toucher par le rectum, sur lequel la théorie s'appuie beaucoup, ne fournit en pratique que des notions incomplètes.

Dans un tel état de choses, il est rare, à ce qu'il paraît, qu'on ne se laisse point entraîner au delà de ce que la prudence commande. Les opérateurs ont surtout pris soin de retirer l'instrument. C'est dans ce sens qu'ont été dirigées des tentatives dans lesquelles on semble n'avoir pas toujours fait preuve de réserve, de modération. Un fait certain, c'est qu'on est parvenu à ramener jusque dans la partie membraneuse de l'urèthre des instruments qui, par leur volume ou la disposition de leur partie fracturée, paraissaient n'avoir pu y parvenir sans que les tissus eussent été ou violemment distendus ou déchirés. Malheureusement le résultat de ces premiers efforts a encouragé à persister dans la même direction. De là est résulté qu'on a augmenté les difficultés et accru la gravité d'un accident plus propre par lui-même à causer de l'effroi qu'à mettre en péril la vie du malade. En effet, celui-ci peut être taillé immédiatement par la méthode hypogas-

trique, sans que l'opération ait moins de chances de succès que si elle eût été faite en toute autre occurrence : seulement elle est ici de nécessité absolue ; il n'y a pas de temps à perdre ; il faut se mettre en mesure d'écarter, après que la vessie a été ouverte, les obstacles que la déformation de l'instrument pourra opposer à sa sortie. Mais qu'il s'agisse de redresser une partie déviée, ou de la détacher du tout, ou même qu'on ait à scier l'instrument au niveau du méat urinaire, afin de le faire sortir par la plaie de l'hypogastre, dans le cas où sa déformation ne lui permettrait plus de traverser l'urèthre, tout cela peut être exécuté en peu de temps, avec succès : il suffit que l'opérateur conserve son sang-froid et qu'il s'entoure de précautions généralement faciles.

J'ai souvent réfléchi sur cette question, dans la prévision d'un événement malheureux, et si l'occasion s'était présentée, je n'aurais pas hésité à suivre la marche qui vient d'être tracée. J'essayerais d'abord de retirer l'instrument, mais si je rencontrais de l'obstacle au col de la vessie, si le malade souffrait, je m'abstiendrais soigneusement de toute traction violente ; je reporterais l'instrument vers l'intérieur de l'organe, et après m'être assuré, ce qui est toujours possible, que l'obstacle tient à la cause indiquée, je me mettrais en mesure de pratiquer la taille hypogastrique, dont je hâterais les préparatifs, afin de ne pas laisser longtemps le malade dans l'état d'angoisse qui doit toujours naître d'un accident de cette nature ; on pourrait opérer sans le déplacer. L'instrument retenu dans la vessie servirait de guide pour ouvrir le viscère, dont les parois sont déjà distendues par une injection. En un mot, toutes les conditions se trouveraient réunies pour opérer avec précision, avec facilité même, du moins eu égard à la cystotomie proprement dite.

Mais cette marche n'est pas celle qu'on a généralement suivie. On a, je le répète, commencé par exercer sur l'instrument de fortes tractions qui en ont amené la partie déformée dans la région membraneuse de l'urèthre ; après quoi, c'est par le périnée qu'on s'est ouvert une voie artificielle. Cette voie a bien pu suffire pour permettre de redresser l'instrument, de le retirer, et ensuite d'extraire la pierre ; mais pour atteindre le but, combien de difficultés qu'il serait possible d'éviter !

La faute principale, source de plusieurs autres, dans laquelle on tombe d'abord, c'est de recourir à la violence pour faire franchir le col vésical par un instrument déformé ou fracturé, dont on ignore les dispositions nouvelles, et qui peut labourer, piquer, déchirer les tissus, ou seulement les distendre. Malgré les mal-

heurs que cette pratique a déjà entraînés, on y persiste, sans songer qu'il n'y a aucun moyen de se faire une idée, même approximative, ni de ce qui existe déjà, ni de ce qui peut arriver : on tire à soi avec une force toujours croissante, et l'on ne s'arrête que quand la résistance devient trop considérable. Dans le cas rapporté par le *Journal de Toulouse*, on lit lepassage suivant : « L'opération avait bien marché ; à la cinquième reprise, sans efforts plus considérables, sans secousses, sans faux mouvements, et nous insistons sur ces circonstances, un bruit un peu plus fort frappe nos oreilles, et tout le monde croit à un succès complet. Le malade se plaignait de fatigue ; nous nous décidâmes à remettre à une autre séance la suite de l'opération. Quel est notre étonnement, lorsque nous sentons une résistance qui ne permettait pas de retirer le lithotriteur ! En vain nous lui faisons exécuter des mouvements divers dans tous les sens, en vain nous l'ouvrons et le refermons plusieurs fois, en maintenant le doigt dans le rectum, nous assurant ainsi que l'extrémité de l'instrument était libre et que la membrane muqueuse n'était pas pincée ; toujours la même difficulté de le retirer se fait sentir et nous plonge dans une incertitude inquiétante. Cependant, en usant de tous les ménagements possibles, et par de nouvelles manœuvres, nous faisons arriver l'instrument jusqu'au delà de la vessie. C'est dans cette partie que le toucher nous a fait percevoir, à travers la peau, sur la convexité du lithotriteur, une aspérité que nous avons prise pour un fragment de calcul engagé dans la fenêtre de la branche femelle. La difficulté de la retraite se montrant de plus en plus considérable, et le malade étant excessivement fatigué, nous avons pris la résolution de pratiquer une petite incision sur le canal, pour dégager ce prétendu fragment et ne pas causer de désordres plus grands. Dès lors, notre incertitude cesse à l'aspect de la cause du mal qui devient évidente. »

Ainsi, ce ne fut qu'après avoir ouvert le canal qu'on reconnut la nature de l'obstacle, lequel était tel que toute la partie inférieure du col vésical, depuis l'orifice jusqu'à l'endroit de l'incision, fut labourée par une pointe tranchante, comme dit l'auteur de l'observation, l'effet d'un fer de lance ou d'un hameçon.

D'après le volume et la disposition de l'instrument fracturé et déformé, on peut juger des efforts qu'il a fallu exercer pour lui faire parcourir un chemin tel que sa convexité devînt perceptible à travers les téguments.

Je le dis à regret, on a trop souvent recours à ces efforts de traction dont il n'y a rien d'utile à attendre, tandis qu'ils peuvent

entraîner les plus graves désordres, L'expérience a bien démontré que le col vésical et la portion profonde de l'urèthre sont susceptibles de se dilater, dans certains cas, au point de laisser passer un instrument volumineux; mais il faudrait être certain que cet instrument dilate et qu'il ne déchire pas, qu'il ne laboure pas les tissus. A quoi d'ailleurs aboutirait-on même alors? Parvenu à la partie membraneuse de l'urèthre, on ne peut aller plus loin, car les autres parties du canal n'ont pas la même dilatabilité; et tenter, comme on l'a fait ici ou ailleurs, de redresser l'instrument à travers une boutonnière, c'est s'imposer une opération semée d'écueils et de difficultés, sans compter même qu'elle peut fort bien rester inachevée. Pour recourir à ce procédé avec quelques chances de succès, il faudrait connaître le changement qu'a subi l'appareil, il faudrait encore que ce changement consistât en une simple augmentation de volume. Or, on ne sait absolument rien de tout cela; les explorations sont insuffisantes, et les inductions le sont bien plus encore pour nous l'apprendre.

Je viens de dire qu'on a déjà eu recours quelquefois à la taille hypogastrique, et qu'on a commencé par scier l'instrument au niveau du méat urinaire. Agir ainsi, c'est se priver d'un guide important pour la pratique de la cystotomie suspubienne. Ce pourrait être, d'ailleurs, une manœuvre inutile; car si la déformation de l'instrument est telle qu'on puisse aisément le redresser après l'ouverture de la vessie, ce qui doit arriver le plus souvent, comme il est toujours préférable de faire l'extraction par l'urèthre, ce qu'on a retranché du bout extérieur ne ferait que rendre celle-ci plus difficile.

On comprend sans peine que, dans ces sortes de cas, insister sur les moyens du ressort de la médecine pour calmer les douleurs et apaiser l'irritation, ne saurait convenir en aucune façon, eût-on même l'espoir d'écarter certaines difficultés. Ceci ne s'applique toutefois qu'aux circonstances dans lesquelles on ne peut pas retirer l'instrument; car, dans celles moins graves où la cassure a été complète, après qu'on a retiré le tronçon par l'urèthre, il n'y a aucun motif de procéder sur-le-champ à l'extraction du reste. Ici, on peut, on doit même chercher à calmer les douleurs qui pourraient s'exaspérer accidentellement, et choisir le temps le plus opportun pour l'opération ultérieure. D'ailleurs, il reste l'espérance que la portion fracturée de l'instrument sera expulsée avec l'urine, ce dont il existe déjà des exemples.

Donc la conduite du chirurgien doit varier suivant ce qui arrive. Mais, en général, les indications sont nettement dessi-

nées, du moins au point de vue de la théorie. J'ignore s'il se présenterait des difficultés que celle-ci ne puisse pas prévoir.

Je répéterai, en terminant, que tout accident de fracture ou de déformation des appareils lithotriteurs tient à ce que le chirurgien a employé des instruments défectueux, ou n'a pas su se servir de ceux qu'il adoptait, ou enfin a négligé le premier devoir, celui de les essayer préalablement sur table. On a dit à cela que les fabricants ont dû les essayer eux-mêmes avant de les livrer au commerce, et qu'ainsi ils donnent, sous ce rapport, toutes les garanties désirables. On va même jusqu'à reproduire ce que l'un d'eux a imprimé : « Que tout est tellement calculé entre la puissance donnée par la poignée et la résistance des mors de la pince, qu'il est impossible à l'homme le plus vigoureux de briser une des branches avec la pression exercée par la vis, etc. » Je suis bien loin de vouloir atténuer la confiance que méritent à juste titre les mécaniciens habiles qui fabriquent les instruments lithotriteurs ; mais on comprendra qu'un chirurgien ne doit pas se reposer sur de pareilles assurances. D'ailleurs, le fabricant ne saurait connaître le degré d'énergie musculaire de chaque opérateur. C'est donc à celui-ci de soumettre à l'épreuve de sa main propre l'instrument qu'il veut employer. J'ai toujours agi ainsi, et bien m'en a pris, car j'ai rompu sur table plusieurs appareils en apparence bien conditionnés, et qu'on me disait avoir été essayés. Si chacun m'eût imité, on n'aurait pas eu à déplorer de briser des instruments dans la vessie, puisqu'on se serait assuré qu'ils résistent sur table à des efforts plus grands que ceux dont la prudence commande l'usage chez les malades. On n'aurait pas vu, soit à l'Académie, soit dans les journaux, ou aux conférences cliniques de l'Hôtel-Dieu, ces malheurs rejetés avec une sorte de complaisance sur la lithotritie, qui en est fort innocente ; ces démonstrations plus ou moins dramatiques par lesquelles on cherchait à jeter l'effroi dans les esprits qui ne prennent pas la peine de réfléchir.

Dans la pensée que la fracture et la déformation des instruments courbes tenaient à la méthode elle-même, on a proposé, pour les éviter, des combinaisons qui, généralement parlant, n'ont pas eu de bons résultats.

Dès 1836, MM. Béniqué et Leroy proposèrent, pour régulariser l'action du marteau dans la percussion, un appareil que depuis on a essayé de perfectionner, mais qui n'a point reçu l'approbation des chirurgiens, et avec raison, car c'était une combinaison qui n'avait rien de chirurgical, parfaitement inutile, et capable même de devenir dangereuse. Si je suis bien informé,

c'est en employant cet appareil que M. Leroy a cassé un dernier instrument à l'hôpital Saint-Antoine, en décembre 1845.

Conduit par des vues purement mécaniques, M. Charrière a conçu et exécuté une modification heureuse : elle consiste à diminuer la puissance du moteur placé entre les mains du chirurgien. En effet, les volants qu'avait proposés M. Ségalas, la vis de pression ou de rappel qu'on remarque dans les instruments confectionnés par M. Weiss, de Londres, et plusieurs autres combinaisons analogues, peuvent entraîner de grands dangers en permettant d'employer une force qui rend l'accident à craindre, même de la part d'un chirurgien qui opère avec précaution, surtout quand l'habitude ne lui a pas rendu la pratique très-familière. En ayant soin de donner à la rondelle que termine la vis de pression un diamètre proportionné à la force des branches, on agit sur un bras de levier d'autant moins grand que l'instrument est moins capable de résister. Dans la combinaison de M. Charrière, la puissance est donc proportionnée à la résistance de l'appareil, et l'on est d'autant moins exposé à déformer ou briser ce dernier, qu'on s'entoure d'ailleurs de toutes les précautions précédemment indiquées et qu'on opère avec plus de ménagement. Reste toujours, cependant, l'énergie musculaire du chirurgien, qui doit être prise en considération. Il y a des hommes d'une force extraordinaire : à coup sûr, le peu de développement de la rondelle qui sert à exercer la pression, ou le petit volume du marteau en usage dans la percussion, n'offriraient point alors des garanties suffisantes. Mais ce sont là des éventualités peu communes et qui n'empêchent pas que, toutes choses égales d'ailleurs, la grandeur de la rondelle et le poids du marteau doivent être en raison inverse de la puissance des mains de l'opérateur.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 16. *Des hallucinations;* par M. le docteur M. Macario.

(Suite : *voir* t. 1, janvier 1846, p. 125 ; t. II, février, p. 170.)

(Annales médico-psychologiques, janvier 1846.)

II. *Hallucinations internes ou ganglionnaires.* — Ces hallucinations ont leur point de départ dans une lésion du grand sympathique ou de la sensibilité interne. Il n'est pas facile de les

distinguer des illusions de cette même sensibilité ; car un lypémaniaque a-t-il une irritation, une inflammation chronique de la muqueuse gastrique ou intestinale, porte-t-il un cancer dans l'estomac, il est persuadé que c'est un serpent, un crapaud, ou des sorciers qui se sont nichés dans son corps. Est-il atteint d'une affection du cœur, ce sont des démons qui s'y sont installés. A-t-il une dyspnée, une affection des poumons, ce sont des magnétiseurs, des physiciens qui lui coupent la respiration par des opérations cabalistiques ; et ainsi des autres organes. Les borborygmes du ventre, les bourdonnements d'oreilles, les craquements des articulations et des tendons, sont pris pour des voix, pour des sons articulés ; les nuages, les troubles de la vue, pour des spectres et des fantômes.

Pour éviter l'erreur et établir un bon diagnostic, on doit donc interroger les organes avec une minutieuse attention ; et, on ne saurait trop le répéter, les médecins psychologues ne s'occupent guère d'un tel examen : aussi les bévues sont-elles nombreuses et fréquentes. Combien ai-je vu, à l'autopsie, de lésions dans divers organes des cavités splanchniques qui sont passées inaperçues pendant la vie !

Ce fait est grave. La guérison ou l'incurabilité des malades en dépend.

Les hallucinés qui composent cette classe sont doués d'un tempérament mélancolique ; ils sont grêles et maigres de leur personne. Leurs cheveux sont bruns ; leur teint est pâle, jaune, hâlé ; leur peau est rude, écailleuse ; leur regard est inquiet, timide, soupçonneux ; leurs joues sont creuses et desséchées ; leur physionomie exprime la souffrance, la crainte, la terreur. Le sourire ne vient jamais épanouir leur figure. Ils restent ordinairement immobiles, et sont presque insensibles aux impressions extérieures. Quelques-uns néanmoins, ce sont les hallucinés démoniaques, sont remuants, actifs, agités et toujours en mouvement. Leurs mains sont sèches, décharnées et livides.

Ces malades présentent généralement des symptômes d'hypochondrie ; comme les hypochondriaques en général, ils ont des douleurs dans le ventre, dans la poitrine, dans la tête. Jusqu'ici rien d'extraordinaire ; mais ils en dénaturent l'origine, ils les attribuent à une cause chimérique et déraisonnable : voilà leur folie.

Les hallucinations ganglionnaires ne sont pas, à beaucoup près, aussi fréquentes que les sensoriales ; elles sont même très-rares,

isolées complétement de ces dernières. Pour mon compte, je n'en ai recueilli qu'une seule. La voici :

Joseph est un pauvre ouvrier, âgé de quarante-quatre ans et père de famille. Son regard est morne et abattu ; ses traits grippés annoncent la souffrance et le désespoir ; son teint est jaunâtre, son tempérament bilieux. Il est adonné à l'ivrognerie.

Joseph se fit, il y a longtemps, une blessure au pouce de la main droite, et c'est par cette blessure qu'un grand nombre de sorciers sont entrés dans son corps ; ils lui serrent le cœur, lui tordent les entrailles, montent dans sa tête et lui inspirent des idées de meurtre et de suicide ; ils l'excitent surtout à immoler sa femme et ses enfants. Mais Joseph est honnête homme ; il repousse ces funestes pensées. Pour guérir de ces idées, il a eu recours à Dieu, s'est imposé des jeûnes, a entrepris des pèlerinages ; mais ce fut toujours en vain. Il ne lui reste plus qu'à descendre dans la tombe ; là seulement il trouvera une trève à ses longues souffrances.

Une loueuse de chaises de l'église de Saint-Eustache, à Paris, était persuadée qu'une assemblée d'évêques tenait concile dans son ventre.

Une autre femme, âgée de cinquante-quatre ans, disait avoir dans l'estomac des araignées, qu'elle avait avalées en buvant de l'eau à une fontaine.

Les auteurs rapportent beaucoup d'exemples analogues ; je ne m'y arrêterai pas davantage. Nous allons passer à une autre espèce d'hallucinations sur lesquelles les auteurs sont muets.

III. *Hallucinations intuitives.* — Toutes les hallucinations ne sont pas aussi nettes et aussi déterminées que celles dont nous venons de parler. Toutes ne se font pas par les sens corporels ou la sensibilité interne ; il en est qui se font par une vue intérieure : ainsi quelques hallucinés voient sans les yeux et entendent sans les oreilles du corps. Chez eux, le moi est perdu ; l'âme vit, mais d'une vie qui n'est pas celle de la terre ; c'est comme dans la vie des rêves, lorsque les sens sont engourdis et que l'esprit se lance dans un autre monde où tout est plus léger, où le mouvement est plus rapide, où toutes les images nagent dans l'infini. La personnabilité est effacée ; l'âme s'élève dans l'espace et fait oublier la terre. Ce sont des hallucinations *intuitives*, s'il m'est permis de les désigner ainsi ; c'est à ces sortes d'hallucinations que sont sujets les extatiques et les inspirés. Pendant leurs paroxysmes, ces malades paraissent complétement étrangers au monde extérieur. La sensibilité est abolie ou du moins émoussée ; ils restent immobiles, les yeux tournés vers le ciel ; leur figure est pâle ou

animée, mais empreinte d'un cachet particulier. Ils ne voient pas toujours des objets, ils n'entendent pas toujours des sons articulés comme les hallucinés ordinaires; mais ils se sentent comme animés par un souffle surnaturel, comme inspirés par un génie familier, comme éclairés par une lumière intérieure. Socrate, le Tasse et tant d'autres brillants génies éprouvèrent de pareilles hallucinations.

Les malades qui rentrent dans cette classe sont en général doués d'un esprit profond, méditatif; ils sont d'un tempérament nerveux et d'une susceptibilité nerveuse extraordinaire. Leur imagination est vive et ardente, leur caractère irritable. L'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, la nostalgie, sont favorables à la production des *hallucinations intuitives.*

Voici quelques exemples :

Jean P... est âgé de trente-quatre ans; il est d'un tempérament nervoso-sanguin. Ses cheveux sont blonds, ses yeux gris; sa physionomie, lorsqu'il n'est pas dans ses accès de manie et d'agitation, est douce et bienveillante.

P... est doué d'une constitution vigoureuse : aussi les aiguillons de la chair se font-ils sentir vivement chez lui; mais il leur livre un combat à outrance et ne succombe pas. Il est né en Prusse et est desservant d'une paroisse dans le département de la Moselle. C'est un excellent curé, charitable envers les pauvres et robuste dans la foi. Il se livre avec ardeur à la propagation des vérités évangéliques. Mais, pour le malheur de l'humanité, le maire de l'endroit fait tout ce qu'il peut pour paralyser ses efforts. Et en cela rien d'étonnant, car ce fonctionnaire est l'Antéchrist.

En 1827, étant encore au séminaire, P..., échauffé par le travail et les veilles, eut déjà un accès de folie, et plus tard il en eut encore au moins deux.

Un jour, c'était le 3 janvier 1842, pendant qu'il célébrait la messe, il se sentit tout à coup distendre et comme tirailler les membres; il crut que c'était la fin du monde. Il se prosterna devant l'autel et pria pour ses ennemis, et en particulier pour le maire, son ennemi le plus acharné. Force lui fut d'interrompre le service divin, et il se retira derrière l'autel. Là, le spectacle le plus terrible et le plus effrayant se présenta à son *imagination* ; il lui paraissait voir *intellectuellement* (c'est son expression) toutes les générations qui ont paru sur la terre depuis le commencement du monde défiler devant lui tristes et taciturnes. La trompette du jugement dernier avait retenti aux quatre bouts de l'univers. Aussitôt les trépassés se revêtirent de leurs mortelles

dépouilles et s'assemblèrent dans la vallée de Josaphat pour y être jugés. Le Christ ne tarde pas à paraître au milieu des nuages; son air est terrible. La Vierge est à son côté, remplie d'une douce pitié; elle implore son fils et le supplie de ne pas appesantir son bras sur les malheureux réprouvés. Les justes s'élèvent par la légèreté de leur enveloppe jusqu'au ciel, où ils vont recevoir le prix de leurs bonnes œuvres. Du côté gauche, les damnés, aux terribles mots : « *Discedite a me, maledicti, in ignem æternum,* » se précipitent vers l'enfer sous le poids de leurs crimes. Le maire était parmi eux.

Notre pauvre curé, en présence de cette terrible scène, tremblait de tous ses membres et n'osait remuer; il priait avec ferveur. Dieu l'appelle au ciel : mais non, a-t-il répondu ; je n'en suis pas digne, je veux faire d'abord pénitence.

Une autre fois, il lui paraissait, toujours *intellectuellement*, qu'il était Napoléon et qu'il assistait à la bataille de Waterloo. Il voyait les armées ennemies s'ébranler et s'entrechoquer l'une l'autre ; il entendait le bruit des armes, les cris des combattants, les gémissements des blessés et des mourants. Puis il fut saisi d'une douleur inexprimable, lorsqu'il vit la déroute de son armée, et qu'il entendit les cris de victoire poussés par les Anglais et les Prussiens.

Je le répète, toutes ces visions n'étaient pas réelles pour P... ; comme il le dit lui-même, elles avaient lieu dans son *imagination :* elles étaient *intellectuelles*, *intuitives*.

Enfin P... se présenta dernièrement chez le préfet de la Moselle, lui annonça la mort de l'archevêque de Cologne que le roi de Prusse avait tant persécuté, et la disposition des provinces prussiennes à se soulever, et le pria de communiquer ces importants avis au roi des Français.

En récompense d'un si grand service rendu à la patrie, P... fut dirigé sur Maréville le 11 février 1843, d'où il sortit quelque temps après pour entrer dans un autre asile.

On lit dans les *Chroniques* des frères Mineurs un dialogue intuitif singulier entre deux personnages de marque. Ce sont frère Gilles, disciple de Saint-François, et saint Louis.

« Frère Gilles restant à la porte, le roi et lui s'agenouillèrent en terre et s'embrassèrent très-étroitement l'un l'autre, s'entredonnant de très-dévots et saints baisers en la face. Après avoir ainsi demeuré quelque temps, et s'estant entremontré plusieurs signes de charité, ils se séparèrent en silence sans s'entredire une seule parole. Les religieux se troublèrent fort, parce qu'ils avoient vu que frère Gilles n'avoit pas même dit une seule

parole à un si grand roi. A cela, frère Gilles leur répondit : Mes frères, ne vous mettez point en peine et ne vous estonnez point si vous ne m'avez vu parler à ce roi, ni luy à moy ; car, quand nous nous sommes embrassés, la divine lumière nous a manifesté l'intérieur de nos cœurs, me révélant le secret du sien, et à luy celuy du mien ; nous avons parlé ensemble tant que nous avons voulu, avec une extrême consolation d'esprit, sans aucun bruit de paroles, lesquelles nous eussent plus empeschés qu'aidés à cause de la douceur que sentoient nos âmes. »

Van Helmont, l'illustre Van Helmont eut une hallucination intuitive admirable ; voici comment il la décrit lui-même :

« En l'année 1610, après une longue contemplation qui m'avait fatigué, et pendant laquelle je m'efforçais d'acquérir quelque connaissance de mon esprit, je m'endormis. Bientôt je fus enlevé en dehors de la raison, et il me sembla que j'étais dans une salle obscure ; à main gauche, je vis une table, et sur cette table une bouteille contenant une liqueur qui me parla en ces termes : « Veux-tu des honneurs, des richesses ? » — Je fus tout stupéfait d'entendre ces paroles ; je me promenai, cherchant en moi-même ce que cela pouvait signifier. A main droite, je vis dans la muraille une fente par laquelle pénétra une lumière dont l'éclat me fit oublier la voix de la liqueur et changea le cours de mes pensées, car je vis des choses qui surpassent tout ce que l'on peut dire. Cette lumière ne dura qu'un instant. Tout désolé, je retournai à ma bouteille et je l'emportai avec moi. Je voulais goûter la liqueur qu'elle contenait ; je parvins à grand'peine à la déboucher ; j'éprouvai un sentiment d'horreur et je m'éveillai. — Mais il me resta un désir très-vif de connaître l'âme, et ce désir dura pendant vingt-trois bonnes années, c'est-à-dire jusqu'en 1633, où j'eus une vision pendant laquelle je vis mon âme elle-même. C'était plus qu'une lumière ayant figure humaine, d'une homogénéité parfaite, composée de substance spirituelle, cristalline et brillante. Elle était contenue dans une enveloppe, comme un pois dans sa cosse ; et j'entendis une voix qui me dit : Voilà ce que tu as vu par la fente de la muraille. C'est *intellectuellement, dans l'âme*, que cette vision s'est opérée. Celui qui aurait vu son âme par les yeux du corps deviendrait aveugle (1). »

Ainsi, voilà une hallucination intuitive claire et nette, j'espère ; elle est d'autant plus précieuse, qu'elle est racontée par l'halluciné lui-même ; halluciné qui, par la nature de ses études et par la supériorité de son génie, était à même de se rendre compte des opérations de son entendement. Aussi a-t-il soin de

(1) Van Helmont, *Imago Dei*.

dire que ce n'est point une vision matérielle, mais bien intellectuelle ; vision qui s'est opérée dans l'âme.

IV. — *Hallucinations causées par l'exaltation de la sensibilité* (*hallucinations sthéniques*). — Les hallucinations dont nous allons parler diffèrent essentiellement de toutes les autres. Elles sont le résultat d'une névrose des nerfs sensoriaux, le centre encéphalique et l'intelligence demeurant intacts et ne prenant qu'une part indirecte à leur production.

Cette terrible névrose est connue sous le nom d'exaltation de la sensibilité.

Tous les organes des sens peuvent en être le siége ; mais ceux de la vue et de l'ouïe le sont de préférence aux autres. Vient ensuite le sens du toucher. — Pour ce qui est du goût et de l'odorat, je n'en ai point observé de cas, ni même entendu parler à leur état d'isolement.

Cette cruelle maladie peut sévir indistinctement dans tous les rangs de la société ; mais on conçoit que les individus qui, par leur profession, exercent plus assidûment l'organe de la vue, sur des objets très-petits surtout, comme les horlogers, ou qui s'exposent continuellement aux rayons d'un foyer ardent, comme les cuisiniers, les forgerons, les employés des usines, etc., doivent, ce me semble, être plus exposés que toute autre personne à contracter la névrose du nerf optique ; comme les individus qui vivent au milieu d'un bruit étourdissant, tels que les canonniers, sont plus exposés à contracter celle du nerf acoustique. — Je dois avouer, du reste, que les idées que j'émets sur ce point ne sont que des idées inductives, car ici l'expérience nous fait défaut. L'exaltation de la sensibilité est une maladie vaguement connue et qui n'a pas encore pris droit de bourgeoisie dans la science, et il serait à désirer que les médecins tournassent un peu leur vue de ce côté. Quant à moi, je m'estimerai très-heureux d'avoir imprimé le mouvement en appelant l'attention des hommes de l'art sur ce nouveau point de pathologie.

Quoi qu'il en soit, les hallucinations produites par cette névrose paraissent se compliquer de panophobie ; et, lorsqu'elle siége dans l'organe de la vue, il y a en même temps photophobie ; et si elle affecte l'organe de l'ouïe, le bruit est insupportable.

L'ouïe est alors d'une sensibilité si douloureuse, que, bien qu'on parle aussi bas que possible, les paroles brisent à ce point le tympan du malade, qu'il lui semble que son crâne est une cloche, et qu'un énorme battant d'airain, mis en branle au moindre son, lui martelle la tête d'une tempe à l'autre, avec un fracas étourdissant et des élancements atroces.

Si, au contraire, elle a son origine dans l'organe de la vue, des torrents de clarté flamboyante passent devant les yeux ; partout ce sont des gerbes de feu, des milliers d'étincelles éblouissantes. Une lumière torride traverse les paupières fermées; elle brûle, elle dévore....

Le malade éprouve des élancements, comme si on lui enfonçait dans les orbites un fer aigu chauffé à blanc. — Tous ces symptômes s'accompagnent ordinairement d'hallucinations.

Comme il est facile de le voir, ces hallucinés ne sont point des fous proprement dits. Néanmoins on conçoit parfaitement que si ces hallucinations avaient lieu sur une personne ignorante et superstitieuse, cette personne pourrait très-bien croire à leur réalité. D'ailleurs, l'exaltation de la sensibilité complique quelquefois l'aliénation mentale. Il n'est pas rare de rencontrer des insensés dont le sens du toucher est très-exalté et, pour ainsi dire, dans un état permanent d'érection. Ces malades ressentent alors une telle irritation de la peau, qu'ils croient être frappés et meurtris par le plus léger contact; ils se persuadent qu'on leur jette des substances ou des poisons qui les brûlent, qui les déchirent. Esquirol cite l'exemple d'une femme aliénée qui pousse les hauts cris dès qu'on la bouche du bout du doigt : *Vous me faites du mal! ne me frappez pas, ne me frappez pas!* s'écrie-t-elle.

J'ai entendu parler vaguement d'un individu qui suppliait des personnes qui chuchotaient d'une manière presque imperceptible de ne pas l'étourdir de leurs cris. Chez cet homme, il y avait exaltation de la sensibilité du nerf acoustique. Je ne l'ai pas vu, ce sont des gens du monde qui m'en ont parlé; mais je présume fort qu'il avait des hallucinations de l'ouïe. Cet organe s'était prodigieusement développé; il entendait, pour me servir d'une métaphore, le bruit des couleurs; un verre renversé, un craquement de fauteuil, un mot prononcé bas, vibraient et retentissaient en lui comme des roulements de tonnerre.

On lit dans le *Journal des Débats* (14 juin 1844) quelques fragments d'une lettre dans laquelle M. Lelorgne de Savigny, ancien membre de l'Institut d'Egypte et membre de l'Académie des sciences (section d'anatomie et de zoologie), retrace lui-même la maladie qui a suspendu ses travaux, et qui, depuis vingt ans, le tient exilé du monde.

« Le 4 août 1817, je fus tout à coup atteint, spécialement dans l'organe de la vue, d'une affection nerveuse très-grave qui me força de suspendre immédiatement tout travail et de me retirer à la campagne. Cette affection, qui, suivant les médecins,

devait diminuer par le repos et mettre cinq à six mois à se dissiper, s'étendit indéfiniment au delà de ce terme. Fatigué à la longue d'une inaction qui m'était peu naturelle, je me laissais quelquefois aller à des études dont les occasions à la campagne se multipliaient autour de moi. Enfin je partis pour l'Italie, dans le dessein de me livrer, sur les côtes du golfe Adriatique et de la Méditerranée, à des recherches plus importantes, sans être plus périlleuses. Je prolongeai cette excursion jusqu'à la fin de 1822, époque où les obligations les plus impérieuses me rappelèrent à Paris. J'y revins, et peu de temps après je me remis sérieusement au travail. Je le repris trop tôt : des symptômes de la nature la plus inquiétante ne tardèrent pas à se manifester. Je pressentais une rechute, je le disais ; mais rien de visible à l'extérieur ne paraissait justifier ce pressentiment. On hésita à me croire, et je succombai.

« Le temps s'écoulait au milieu de continuelles anxiétés, lorsque, le 20 mars 1824, se déclara brusquement la rechute tant redoutée, ou plutôt une affection nerveuse mille fois plus grave et dont rien ne put arrêter les progrès. C'était la funeste névrose connue des médecins sous le nom d'*exaltation de la sensibilité*, liée dès son principe au sentiment d'une invincible terreur. Quoique commune à tous les organes des sens, cette nouvelle affection avait, comme la précédente, son siége principal dans l'organe de la vue. Elle ne pouvait, quelle que fût sa violence, amener la cécité, dans l'acception rigoureuse du mot, mais elle rendait peu à peu mes yeux incapables de supporter la lumière ; et, dans l'obscurité toujours plus profonde où elle me forçait de me tenir, elle faisait briller une foule d'images vivement colorées, dont les émissions successives, réitérées à l'infini, me fatiguaient, m'obsédaient sans cesse. A ces premières apparences en succédèrent bientôt de plus formidables encore. Bientôt des phénomènes impétueux, lumineux, ardents, immenses, remplissant nuit et jour tout l'espace sous mille aspects divers, provoquèrent les crises les plus intenses, les plus déplorables. D'autres phénomènes, distingués des précédents moins par leurs formes et leurs couleurs que par leur redoutable influence, vinrent périodiquement en accroître, en aggraver les effets. Aux sensations propres à la vue s'unirent un entraînement rapide en haut, en bas, en tous sens, une odeur fétide, des sifflements aigus, des sons harmonieux ou discordants, des voix humaines chantant ou parlant, déclamant, et d'autres bruits non moins étranges. Le sommeil suspendait rarement ces détestables illusions, sans qu'il se produisît au réveil des visions menaçantes, bizarres, incompré-

hensibles. Je citerai, comme une des plus fréquentes, la voûte spacieuse formée d'innombrables faces humaines, toutes également expressives, prenant je ne sais quel air inflexible, et fixant sur moi des regards sinistres. »

« On le comprendra sans peine, un tel ébranlement du système nerveux m'interdisait non-seulement toute application, tout travail de l'esprit, mais encore toute relation sérieuse au-dehors.

. . . . . .

« Les médecins, consultés en 1824 sur l'avenir probable de ma maladie, en avaient généralement porté la durée à deux ou trois années. Cette fois encore, leurs prévisions les moins rassurantes furent cruellement dépassées; les années se succédèrent, se multiplièrent sans amener autre chose qu'une diminution presque insensible, s'opérant à travers d'inexprimables tourments, et ne me laissant dans ma solitude de distractions possibles, pour faire diversion à tant de maux, que l'étude et la description quotidienne de ces mêmes tourments : journal unique, insensé peut-être, que j'ai dicté avec constance, en affrontant mille angoisses, dans la pensée qu'il donnerait un jour la juste intelligence des causes de si affreuses tortures. »

. . . . . .

Le malade qui fait le sujet de cette observation, quoiqu'il n'ait de lésé que l'organe de la vue, éprouve néanmoins des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat; car il voit des faces humaines, il entend des sons et sent une odeur infecte. — Est-ce par sympathie que les deux derniers sens sont ici hallucinés? — Ou bien doit-on rapporter ces phénomènes à une irritation plus ou moins étendue de l'organe de la pensée?

Causes, diagnostic, pronostic des hallucinations. — Si l'on est forcé d'admettre dans une foule de maladies une organisation spéciale, une prédisposition, c'est surtout dans la folie que cette prédisposition se montre d'une manière évidente, incontestable. L'hérédité joue un rôle immense dans la production des vésanies. M. Ferrus y attache, et avec raison, un grand intérêt. Je suis persuadé que si on remontait à la source, on trouverait que plus des trois quarts des folies reconnaissent l'hérédité pour cause première. Cependant sur 84 ou 86 observations d'hallucinés, je ne l'ai rencontrée que 25 fois; mais ce résultat, ainsi que je l'ai déjà dit, tient aux obstacles sans nombre qui s'opposent toujours à la recherche de la vérité. Un fou, en effet, jette une grande défaveur sur sa famille, et avec raison; car qui voudrait s'allier à une telle famille? On hérite de ses parents du moral comme du

physique ; aussi cherche-t-on à donner le change et à ensevelir dans l'oubli et les ténèbres une pareille infortune !

Je n'ai pas rencontré d'hallucinés âgés de moins de 20 ans. Mais depuis 20 jusqu'à 50 ans, ce paraît être l'âge favorable à la production des hallucinations.

Voici, à ce sujet, un tableau statistique qui ne sera pas sans importance :

De 20 à 30 ans.	23
De 30 à 40.	19
De 40 à 50.	20
De 50 à 60.	12
De 60 à 70.	6
De 75 ans.	1
De 85 ans.	1

Les derniers étaient hallucinés depuis plusieurs années.

La proportion des hommes et des femmes atteints d'hallucinations a été la suivante :

Hommes.	44
Femmes.	38
Total. . .	82

Sur le même chiffre, 50 sont célibataires.

Les professions sédentaires paraissent exercer une certaine influence sur le développement des hallucinations, et cela se conçoit. Dans ces professions, l'esprit a tout le loisir de réagir, de se replier sur lui-même ; aucune distraction forte et énergique ne vient le distraire de ses préoccupations et exercer une salutaire diversion, comme cela a lieu dans les exercices actifs du corps.

Le tempérament nerveux, une imagination vive, ardente, désordonnée, les préjugés, l'ignorance, le fanatisme religieux et politique, une éducation faussée, les enseignements superstitieux, la lecture des livres mystiques ou de magie chez les esprits faibles, prédisposent singulièrement à ces affections.

Je crois qu'on a exagéré beaucoup la part de l'ignorance et des préjugés ; car, sur mes observations, je compte 62 malades qui ont reçu quelque instruction, parmi lesquels plusieurs avaient l'esprit éminemment cultivé. Et encore une fois, combien d'hommes d'un génie supérieur qui ont été hallucinés ! Cependant on ne peut nier que l'état de civilisation, les croyances générales, exercent une grande influence sur les esprits, il est vrai ; mais je ne pense pas que cette influence aille jusqu'à augmenter le nombre d'hallucinés. Seulement on a remarqué que les formes des hallucinations présentent le caractère des idées générales qui dominent chaque siècle. Ainsi les anciens hallucinés étaient pour-

suivis par les furies et par les Euménides, l'amour les faisait descendre aux enfers dans le but d'enlever Proserpine, etc. Au moyen âge, c'était le tour des zoanthropes, des sorciers et des possédés, parce qu'alors tout le monde, y compris les savants, était persuadé qu'un homme pouvait pactiser avec les esprits infernaux et acquérir par là une puissance surnaturelle, quelquefois pour porter secours, le plus souvent pour nuire à ses semblables. On savait que les loups-garous et les sorciers pouvaient exciter et apaiser les orages; il n'y avait pas une tempête qu'on ne leur attribuât. On en trouvait des preuves irréfragables dans les étranges apparences que prenaient les nuages en s'amoncelant et dans lesquels l'imagination trouvait des figures de géants, de démons, etc. Les astrologues donnaient des lois aux princes. Toute maladie un peu étrange était attribuée à un sort, à un mauvais œil. Et comment ne pas croire à toutes ces prétendues merveilles, lorsqu'on voyait les chefs des peuples et les républiques rendre des décrets contre les enchanteurs; et l'Eglise consacrer des formules pour les maudire et les conjurer; et des tribunaux poursuivre les délits de sorcellerie? Dès lors la croyance aux sorciers prit le caractère de la certitude, car on ne pouvait pas s'imaginer que la justice fût dans l'erreur. Aussi accusait-on de blasphême et d'hérésie quiconque avait la hardiesse de la révoquer en doute, et le nombre des sorciers croissait en raison des persécutions dont ils étaient l'objet.

De nos jours, on ne croit plus à l'intervention du diable dans les affaires humaines, mais on croit encore en Dieu : aussi les formes des hallucinations sont-elles différentes. Nos hallucinés voient la police, les échafauds, le ciel, mais rarement l'enfer. Cependant, dans certaines provinces, la démonomanie n'est pas très-rare.

L'histoire de la folie et des hallucinations présente encore un autre point de vue. Elle se lie aux différents systèmes philosophiques qui ont régné dans les sciences. Les médecins, en effet, ont presque toujours emprunté leurs théories anx philosophes; mais aucune branche de l'art de guérir n'en reflète d'une manière plus évidente et plus claire les préceptes que l'aliénation mentale (1).

Les pratiques religieuses exagérées, les travaux intellectuels exclusifs, la vie solitaire, la vie contemplative, dans laquelle toutes les facultés de l'intelligence restent invariablement concentrées sur un même sujet, sont propres à faire naître dans

(1) Sprengel, *Hist. de la médec.* Archambault, *Introd. à Ellis.*

le cerveau ces bizarres conceptions, réalisées bientôt après par les sens chez les personnes dont l'exaltation morale dépend d'un état particulier du système nerveux. C'est ainsi que les moines égyptiens se mettaient en communication avec Dieu, le voyaient sous la forme humaine, etc. De là la doctrine sur la nature corporelle de Dieu, doctrine qu'Origène combattit à outrance.

La doctrine de l'expiation enseignée par l'Évangile, la lutte des mauvaises passions contre le devoir, de la chair contre l'esprit, personnifiée dans une espèce de combat entre le bon et le mauvais principe, donnèrent naissance à des pratiques religieuses dont l'âpre rigorisme fut porté jusqu'à l'extravagance. Le jeûne, les macérations, les veilles prolongées, les privations de toute sorte, l'isolement absolu, étaient les moyens à l'aide desquels on espérait obtenir la haute faveur de la Divinité et prévenir les appétits charnels ; et les conséquences de cette vie contemplative étaient des hallucinations (1). Une foule de pieux solitaires, de cénobites, d'anachorètes qui ont souvent donné l'exemple des plus hautes vertus, devinrent hallucinés à la suite de leurs macérations et surtout de leurs longues méditations.

Par une raison analogue, l'école néoplatonicienne mystique d'Alexandrie compta beaucoup d'hallucinés, entre autres Plotin et Porphyre ; car cette école considérait l'extase comme la condition indispensable pour bien philosopher, et l'extase engendre souvent les hallucinations.

La philosophie cabalistique, qui compta tant de partisans à l'effervescente époque de la renaissance, eut les mêmes conséquences.

On trouve aux diverses époques des sciences, des lettres et des arts, de nombreux et mémorables exemples d'hallucinations produites par l'excessive concentration d'une ardente imagination.

L'entraînement des passions, le déréglement des sens, les désappointements de l'amour, les affections brisées, l'ambition déçue, la vanité et la crainte portées à l'excès, la misère et les chagrins qui en sont inséparables, excercent une funeste influence sur le développement des hallucinations.

L'onanisme, une continence absolue, les excès de table, l'ivrognerie (2), l'âge critique, la suppression d'une évacuation habituelle de la menstruation , du flux hémorrhoïdal, d'une épistaxis, d'un catarrhe pulmonaire, de la sueur habituelle des pieds, la réper-

(1) Archambault, *Introduction à Ellis*.

(2) L'abus des liqueurs fermentées produit surtout le *delirium tremens* caractérisé par des hallucinations.

cussion d'une dartre, de furoncles, une congestion cérébrale, la fixation d'un rhumatisme erratique à la tête, l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, la nostalgie, sont, d'après mes propres observations, des causes assez fréquentes d'hallucinations.

Il est des substances médicamenteuses, telles que la belladone, le datura, la mandragore, qui ont la propriété singulière de donner naissance à de fausses conceptions. Nos ancêtres en faisaient usage lorsqu'ils voulaient aller au sabbat.

L'opium fumé est dans le même cas; il procure un bien-être ineffable. Voilà pourquoi les peuples de l'Orient et de la Chine en font une grande consommation.

Il est encore une autre substance qui produit des effets merveilleux sur le système nerveux et les facultés de l'âme : ce sont les feuilles du *cannabis indica*, que l'on fait cuire avec du beurre, des pistaches, des amandes et du miel, de manière à composer une espèce d'électuaire d'un goût assez agréable, connu sous le nom de *hachisch*, de *Dawamesc*.

« L'action du *hachisch*, dit mon ancien maître et ami, M. Moreau (de Tours), s'exerce sur toutes les facultés à la fois. Elle se signale par un surcroît d'énergie intellectuelle, la vivacité des souvenirs, une conception plus rapide, etc. Insensiblement elle arrive à produire dans la volonté, dans les instincts, un tel relâchement, que nous devenons le jouet des impressions les plus diverses ; de telle sorte qu'il dépendra entièrement des circonstances dans lesquelles nous nous trouvons placés, des objets qui frapperont nos yeux, des paroles qui arriveront à notre oreille, etc., de faire naître en nous les plus vifs sentiments de gaîté ou de tristesse. »

D'après M. Aubert-Roche, les mangeurs de hachisch éprouvent, sous l'influence de cette espèce de chanvre, un bien-être parfait, ineffable ; ils ont des éclats de rire bruyants ; les idées les plus variées, les plus grotesques, leur passent par la tête avec une incroyable rapidité ; des illusions et des hallucinations les plus bizarres viennent compléter la scène. Tout leur paraît sous une face nouvelle ; les traits les plus beaux et les plus réguliers, la taille souple et déliée d'une sylphide, leur paraissent grotesques et ridicules.

Une chose bien digne de remarque, c'est que cette substance ne cause aucun mal de tête, ne gêne nullement la respiration, n'augmente pas la circulation, et ne laisse après elle aucune fatigue.

J'ai essayé le *hachisch* sur moi-même ; les effets que j'ai res-

sentis sont un peu différents de ceux éprouvés par les auteurs que je viens de citer. Je vais les décrire exactement.

Un jour j'ai été invité à déjeuner avec plusieurs célèbres personnages de la capitale, par mon ancien maître et ami, M. Moreau, médecin de Bicêtre, déterminé mangeur de hachisch s'il en fut jamais. Parmi les convives se trouvaient MM. Baillarger, Cerise et Carrière, qui, n'ayant pas pris de la substance enivrante, eurent le loisir d'étudier attentivement les effets produits sur les autres commensaux. Moi surtout je leur ai fourni un excellent sujet d'étude, car les effets que j'ai ressentis furent extraordinaires.

Après déjeuner (nous avions mangé le hachisch avant de nous mettre à table), on fit venir un joueur d'orgues des rues qui nous débita ses meilleurs airs et ses plus belles symphonies pendant que nous prenions notre café et humions notre cigare de la Havane. Le tabac, le café et la musique secondent merveilleusement l'action du hachisch.

Plusieurs convives étaient déjà très-exaltés; ils criaient, ils sautaient, ils dansaient, ils gambadaient, ils riaient avec éclat; moi je demeurais toujours immobile à moitié couché sur un divan, au point que je me croyais invulnérable. Mais un quart d'heure venait à peine de s'écouler, que je ressentis tout à coup un fourmillement dans les jambes qui me fit tressaillir, et en même temps il me semblait que mes mains se desséchaient comme celles d'une momie, et je voyais mes doigts se rider insensiblement; puis, poussé comme par une force irrésistible, je me lève, rapide comme la foudre, et je me lance d'un bond au milieu de la mêlée, en imposant le silence d'une voix de stentor. Tous se turent comme fascinés par mon regard, qui, selon l'expression des assistants, jetait feu et flamme; le joueur d'orgues en fut effrayé et cessa de jouer. Ma figure était d'une pâleur mortelle, mes lèvres tremblaient; mes gestes, ma démarche et ma pose étaient ceux du commandement. Je fis quelques tours dans la chambre sans mot dire, puis je m'arrête et je harangue mon monde; et en ce moment je me figure que je suis chef de brigands, et que les personnes qui m'entourent sont sous mes ordres, et je les exhorte à un audacieux coup de main. Le moi cependant n'était pas perdu, la personnalité n'était pas effacée; je savais bien que je n'étais pas chef de brigands, mais une force irrésistible me poussait à me croire et à parler comme tel. L'accès dura une demi-heure environ, puis je tombai dans un état d'affaissement ou plutôt de quiétude ineffable.

Ce qu'il y a de particulier dans l'ivresse du hachisch, c'est

qu'elle n'est pas continue : elle est apyrétique. Une demi-heure s'était écoulée environ, que je retombai sous son empire. Cette fois j'étais gai et bruyant : je chantais des airs d'opéra avec beaucoup d'âme, je faisais des bonds de chevreuil ; je passais d'une idée à une autre avec la rapidité de l'éclair. Puis je me calmais pour retomber encore une dernière fois dans un troisième accès. Oh ! pour lors, j'étais complétement fou ; pour peu qu'on m'eût contrarié, j'aurais tout brisé, tout cassé. Mais, dans aucun accès, je n'eus jamais d'hallucinations bien caractérisées.

Il n'en fut pas de même de quelques autres convives. Les uns virent voltiger dans l'air des myriades de papillons dont les ailes bruissaient comme des éventails. D'autres virent le soleil au milieu du plafond de la chambre. Pour quelques-uns, les objets présents s'étaient métamorphosés d'une manière bizarre et grotesque. Un bonnet écossais, qui surmontait un faisceau d'armes, s'était transformé, aux yeux de M. Moreau, en une figure hideuse et souillée de sang. Une vieille fille de soixante et onze ans, malgré ses rides et ses cheveux blancs, lui paraissait avoir toute la grâce, tous les attraits d'une jeune et belle personne. Un jeune étudiant en médecine éprouvait un sentiment de légèreté tel, qu'il lui paraissait s'élever ou même s'envoler dans les airs. Ce phénomène, je l'ai éprouvé moi aussi. Les images les plus bizarres, les plus excentriques, les plus hétéroclites, passaient devant les yeux d'un jeune littérateur distingué : caprimulgues, coquesigrues, oisons bridés, licornes, griffons, cochemards, toute la ménagerie des rêves monstrueux, en un mot, trottait, sautillait, voletait, glapissait par la chambre, et lui de rire aux éclats. Chez quelques autres, l'ouïe s'était prodigieusement développée, au point que le moindre bruit ressemblait au grondement du tonnerre ou à l'éclat d'une bombe.

Tels sont les effets du hachisch ; mais, je l'avoue franchement, ils me paraissent exagérés, car j'en ai pris à deux reprises différentes, et je n'ai rien éprouvé de semblable.

Les attaques d'épilepsie et d'hystérie sont souvent précédées d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Dans mon mémoire sur la *paralysie hystérique*, je cite deux observations qui viennent à l'appui de ce que j'avance.

Enfin, certaines périodes de plusieurs maladies aiguës peuvent aussi engendrer les mêmes phénomènes.

Le diagnostic des hallucinations n'est pas difficile ; les soliloques, les interrogations, les réponses du malade causant avec des êtres imaginaires, nous mettent sur la voie. A-t-il une hallucination de la vue, il fixe les regards sur l'objet que son imagination

a créé ; a-t-il une hallucination de l'ouïe, son attitude est celle de l'homme qui écoute, et tend l'oreille du côté d'où le son lui vient ; a-t-il une hallucination de l'odorat, il fuit les odeurs qui l'affectent d'une manière désagréable, en se bouchant le nez, ou en faisant cette grimace caractéristique qui consiste à relever par un mouvement instinctif les ailes du nez et la lèvre supérieure ; ou bien, si l'odeur est suave, il hume avec délice, fermant la bouche et faisant des inspirations rapides et bruyantes, etc., etc. Mais il ne faut pas oublier que les malades, pour éviter les sarcasmes et les moqueries, ou par crainte de passer pour fous, cachent souvent à tout le monde leurs fausses perceptions, et dans ce cas il est difficile de poser un diagnostic sûr, et souvent il est nécessaire, pour arriver au but, d'épier, d'étudier longtemps les malades, et de les amener, par la confiance qu'on leur inspire, à faire part de toutes leurs sensations.

Quant au pronostic, il est toujours grave. La monomanie sensoriale surtout est très-opiniâtre, et résiste souvent au traitement le mieux combiné. Et comment en serait-il autrement, puisque ces malades, avec les mêmes sens hallucinés, apprécient parfaitement les sensations réelles ? Voilà pourquoi la conviction produite par les hallucinations est si profonde. « Un Portugais, très-versé dans les sciences et très en état de rendre compte des opérations de son esprit, était tourmenté par des hallucinations presque continuelles. Un jour M. Leuret cherchait à lui démontre son erreur ; il lui répondit : « Vous dites que je me trompe, parce que vous ne comprenez pas comment ces voix que j'entends arrivent jusqu'à moi ; mais je ne comprends pas plus que vous comment cela se fait ; ce que je sais bien, c'est qu'elles y arrivent puisque je les entends : elles sont pour moi aussi distinctes que votre voix ; et si vous voulez que j'admette la réalité de vos paroles, laissez-moi admettre aussi la réalité des paroles qui me viennent je ne sais d'où, car la réalité des unes et des autres est également sensible pour moi (1). »

Voilà le secret du rôle que les hallucinations ont joué dans la vie des peuples. Chose remarquable ! les hallucinés ont imposé de nouvelles croyances, de nouvelles institutions ; ce sont des hallucinés qui transforment l'art de guérir : c'est Paracelse, c'est Van Helmont qui ébranlent et renversent, après quatorze siècles de durée, la médecine de Galien.

Si les hallucinations sont multiples, le pronostic est encore plus grave, parce qu'alors profonde est la lésion de l'intelligence ; et cette gravité est d'autant plus grande que les individus

(1) Leuret, *Fragm. psych. sur la folie.*

qui les présentent ont une intelligence faible, et que souvent elles les poussent à des actes nuisibles à eux-mêmes ou aux personnes qui les entourent.

Ce fait est grave, et doit être pris en grande considération dans les cas de jurisprudence médicale où le médecin est appelé à décider de la culpabilité d'un individu par l'appréciation de son état mental. « Le médecin légiste devra rechercher avec soin, dans les circonstances qui ont précédé, si le crime n'a pas été consommé sous l'empire d'une hallucination ; de même il ne devra pas se laisser abuser par une simulation habile, difficile quelquefois à démasquer chez des hommes accoutumés au crime (1). »

Anatomie pathologique. — On a voulu rattacher les hallucinations à des altérations organiques constantes. « Les désordres intellectuels, dit M. Moreau, dépendent essentiellement d'une lésion du système nerveux, ou plutôt de cette portion du système nerveux chargée de présider à l'exercice des fonctions dites morales.

« Quelque idée que l'on se fasse de cette lésion, de sa nature intime, qu'on l'appelle *organique*, *dynamique*, il n'importe, elle existe ; la nier, c'est nier l'existence même des phénomènes qui en sont l'expression, la traduction extérieure ; c'est diviser ce qui, de sa nature, ne peut être divisé, l'organe et ses fonctions, la cause et l'effet ; en d'autres termes, c'est être absurde (2). »

Selon Darwin, les hallucinations proviennent de l'origine du nerf de la sensation, qui est plus susceptible d'être attaqué d'inflammation. Chez un aveugle halluciné de la vue, Esquirol a trouvé les deux nerfs optiques atrophiés depuis leur chiasma jusqu'à leur entrée dans le globe de l'œil. Chez un autre halluciné de la vue et de l'ouïe, et devenu brusquement aveugle à la suite d'une saignée trop abondante, Esquirol a trouvé les nerfs optiques grisâtres, offrant la couleur et la transparence du parchemin mouillé ; ils étaient aplatis et atrophiés, dépouillés du névrilème ; ils étaient fermes, consistants et grisâtres : cette couleur, cette consistance, se poursuivaient jusqu'à leur implantation dans les couches optiques. M. Lélut a trouvé aussi les nerfs optiques altérés chez un halluciné de la vue. M. Foville assure également avoir vu les nerfs lésés dans les hallucinations, et, suivant cet auteur, elles sont liées à la lésion des parties nerveuses intermédiaires aux organes des sens et au centre de perception, ou à l'altération des parties cérébrales auxquelles aboutissent les nerfs des sensations.

(1) Aubanel, *Thèse inaugurale*, Paris, 1839.
(2) Moreau, *Mémoire sur le trait, des halluc. par le datura.*

D'après M. Bottey, on ne peut préciser le siége organique de chaque hallucination ; mais on est forcé d'admettre qu'elles sont, comme les rêves, le résultat de l'irritation de plusieurs parties du cerveau, dont l'action est momentanément soustraite à l'empire de la volonté.

Toutes ces opinions sont hasardées ; il y a plus, elles sont opposées à la saine raison. En effet, s'il y avait réellement lésion organique, les hallucinations seraient continues et permanentes, elles ne disparaîtraient pas brusquement, comme il advient quelquefois, par le raisonnement, ou sous l'influence d'une violente émotion, ou de la crainte, ainsi qu'on l'a vu assez souvent, car la lésion organique est de sa nature permanente.

D'ailleurs, combien d'hallucinés chez qui les nerfs sensoriaux étaient intacts !

Les hallucinations ne sont donc pas le résultat d'une altération organique ; si on rencontre quelquefois cette lésion, on doit l'attribuer à une simple coïncidence : tout au plus est-elle l'effet et non la cause. D'ailleurs, des lésions organiques de toute sorte, de l'encéphale et de ses membranes, se sont rencontrées dans les cadavres d'individus qui n'ont jamais eu d'hallucinations, et, par contre, beaucoup d'ouvertures de corps d'hallucinés n'ont présenté aucune lésion cérébrale, quoique la folie persistât un grand nombre d'années.

Sans nous arrêter plus longtemps, concluons donc que la cause immédiate des hallucinations nous échappe entièrement : « Et j'ai reconnu que l'homme ne peut trouver la raison de toutes les œuvres de Dieu qui se font sous le soleil. » (*L'Ecclésiaste*, ch. VIII, 17.)

Traitement des hallucinations.—Je serai bref ; je renvoie pour de plus amples détails à mon mémoire sur le traitement moral de la folie (1), qui résume toute notre doctrine.

La division des hallucinations que nous avons établie dans ce travail va, ce me semble, en simplifier singulièrement le traitement et en faciliter les diverses indications thérapeutiques.

1° *Hallucinations sensoriales.* — Ici le raisonnement seul échouera généralement, ainsi que tout l'attirail pharmaceutique. En effet, comment prouver à un homme qui entend, voit, touche, perçoit des odeurs et des saveurs, comment lui prouver, dis-je, qu'il n'entend, ne voit, ne touche rien, qu'il ne perçoit ni odeur ni saveur ? Car, pendant même que cet homme est en proie aux hallucinations d'un ou de plusieurs sens, il perçoit et juge, à

(1) *Du trait. moral de la folie.* Chez Just Rouvier, 8, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

de ces mêmes sens, les objets réels du monde extérieur, avec la même rectitude que les personnes raisonnables. D'un autre côté, les hallucinés se complaisent souvent dans leurs idées délirantes.

Si l'on veut guérir ces malades, il faut donc provoquer chez eux une perturbation morale énergique, donner le change à leur esprit, les forcer à s'occuper et à fixer leur attention sur des objets étrangers à leur délire. D'autres fois il faut attaquer de front l'hallucination, la combattre corps à corps, en obligeant l'halluciné à agir et à parler comme une personne raisonnable. Le cerveau reste alors en repos par rapport au délire ; les hallucinations s'affaiblissent pour disparaître ensuite dès que l'attention du malade ne s'y arrête plus et est contrainte de se porter ailleurs.

Voici une note qui confirme cette doctrine : cette note a été écrite par l'halluciné lui-même après sa guérison ; elle est vraiment remarquable en ce qu'elle exprime la succession psychologique de ses sentiments et de ses idées avant et pendant la maladie, pendant le traitement et le retour à la guérison.

« Six mois consécutifs au moins avant ma folie, j'ai éprouvé « des maux de tête qui n'étaient pas trop violents, mais conti- « nuels. J'éprouvais continuellement des insomnies ; je ressen- « tais comme un dérangement général dans tout le corps ; je « ressentais surtout une douleur assez vive dans la moelle des « os ; mes membres étaient sujets à certains tremblements. Au « moindre bruit, je me sentais frissonner : une porte fermée « avec trop de violence me faisait ressentir une douleur assez « vive à la tête. J'avais peu d'appétit ; je devenais difficile pour « la nourriture ; les mets les plus exquis ne flattaient plus mon « goût. Soif continuelle ; souvent de mauvaise humeur sans en « dire la raison à personne ; passion pour la poésie, consacrant « toutes mes récréations à faire des vers. La maladie étant tout « à fait déclarée, passion encore plus vive pour la poésie, voulant « à tout prix donner des séances littéraires, croyant que la du- « chesse d'Orléans assisterait à ces séances ; voulant faire un « poëme pour le dédier à la même duchesse ; croyant fermement « que ce poëme devait être comparé avec d'autres poëmes faits « par les princes royaux, et que, le mien étant jugé le meilleur, « j'aurais tous les droits à la couronne de France ; que nonob- « stant cette espèce de concours, la duchesse d'Orléans m'avait « cédé, par privilége spécial, la province rhénane, ce qui me « valait 32,000,000 fr. ; que je devais traiter avec M. le marquis « de la *Forêt-Noire*, à l'effet de lui vendre tous mes droits à cette « province ; que je connaissais parfaitement ce marquis, per-

« suadé que j'avais passé quelques années chez lui par suite « d'émigration et de troubles en France ; que là j'avais été pris par « des voleurs qui m'avaient fait manger de la chair humaine ; « qu'enfin j'avais été renvoyé à la campagne (mon pays natal), « chez des gens d'une fortune bien médiocre, et que j'avais « reçu d'eux autant de soins qu'un enfant peut en recevoir de « ses parents, mais pensant qu'ils ne m'avaient donné tant de « soins qu'à raison de ma naissance distinguée, me croyant fils « de Louis-Philippe ; regardant donc mon père et ma mère comme « des personnes auxquelles j'étais bien redevable à cause des ser- « vices qu'ils m'avaient rendus, mais leur refusant le titre de « père et de mère ; me croyant au-dessus de tous les Français ; me « laissant aller aux menaces contre quiconque me contrariait ; « croyant avoir des droits sur tous les citoyens ; promettant de « grandes récompenses à ceux qui m'approuvaient dans ma con- « duite ; croyant que l'on cherchait par tous les moyens à se défaire « de moi, que l'on cherchait à m'empoisonner, ayant même cru « avoir été empoisonné et avoir ressenti l'effet du poison ; « croyant qu'on cherchait à troubler mon repos pendant la nuit, « que même on me battait ; que je voyais des brigands pour « m'assassiner ; que je voyageais en pays étranger, que je tra- « versais des mers, que je tombais dans des abîmes, que j'étais « attaqué par des bêtes féroces ; que j'avais extrêmement en « horreur M. le médecin en chef, qu'il cherchait à me faire « mourir pour s'emparer de mes grandes richesses, que je fai- « sais même extérieurement des menaces contre lui ; qu'après « avoir fait le voyage de la Forêt-Noire, je devais me rendre à « la cour royale de France, où j'espérais avoir la plus brillante « réception. Enfin, il me semblait souvent qu'il me tombait sur « le cerveau comme un voile léger qui me faisait baisser les « yeux et même la tête, ce qui me mettait comme au milieu « d'un brouillard.

« *Traitement.* — Douches fréquentes. Douleurs extraordi- « naires ; au milieu de ces douleurs, je croyais qu'on attentait « à mes jours ; je ne pouvais me figurer que c'était un procédé « de la médecine. Je m'attendais donc à mourir un jour sous la « douche. Cependant un reste d'espérance que la famille royale « devait venir me chercher me consolait, et je m'attendais de « jour en jour à partir ; je pensais que la famille royale savait « tout ce qui se passait sans que je lui écrivisse. A force de réi- « térer les douches, je me suis trouvé comme dompté ; j'ai com- « mencé à dissimuler et à faire croire que je ne pensais plus à la « famille royale ; une *crainte*, fortement imprimée en moi par

« le traitement douloureux, me faisait concentrer mes idées au « fond de mon âme; mais j'éprouvais un besoin bien grand de « parler de tout cela : on ne pouvait me faire un plus grand plai- « sir que de me remettre sur ce chapitre. Une fois que la « crainte de la douche a été fortement imprimée en moi, j'ai « commencé par sentir la nécessité de ne plus dévoiler à per- « sonne le fond de ma pensée. Après beaucoup d'efforts sur « moi-même et de réflexions sur ma position, le tout occasionné « par la même *crainte*, j'en suis venu insensiblement au point « de douter presque de tout : doute sur ma maladie, doute sur « ma naissance, doute si mon séjour était vraiment à Maréville, « croyant parfois que c'était seulement par rêve que je me « trouvais à cet établissement, et qu'en réalité je n'y étais pas. « Enfin, à l'aide des occupations multipliées auxquelles j'ai été « livré, mon esprit s'est trouvé débarrassé peu à peu de ces chi- « mères qui l'assiégaient sans cesse auparavant. Il y avait ce- « pendant encore comme un mouvement alternatif, car tantôt « je penchais d'un côté, tantôt d'un autre ; en sorte que j'ai été « longtemps sans pouvoir me prononcer pour un parti plutôt « que pour un autre. Les bains nombreux que j'ai pris ont « produit sur moi le plus grand effet. Chaque jour , après mon « bain , je me sentais soulagé ; mon corps devenait plus agile, « reprenait de la vivacité et de la vigueur, et à la longue je me « suis senti revivre et reparaître sur cette terre comme sur une « terre nouvelle. Changement complet, goûts différents, appé- « tit, affection pour mon médecin, retour sur moi-même, désir « ardent de revoir ma femme, sentiments nouveaux ; en un « mot, nouvel hémisphère pour moi, gaieté, désir de reprendre « mes occupations habituelles, enfin réintégration dans mes fa- « cultés. *Signé :* C. T***.

« Maréville, ce 14 janvier 1843. »

Cet écrit n'a pas besoin de commentaires; il résume et constate à la fois nos doctrines sur le traitement de la folie d'une manière péremptoire et remarquable. Il n'y en a peut-être pas de si clair, de si net, de si décisif dans les archives de la science.

Résumé de nos observations :

Exercice de l'intelligence et de la mémoire des hallucinés, exercice du corps, conseils salutaires, répression de leurs écarts, mais non pas à coups de fouet et de bâton comme le conseille Celse , mais répression morale.

2° *Hallucinations ganglionnaires.* — Chez les hallucinés internes , la contrainte morale peut assez souvent échouer. Par

contre, des concessions faites à propos, la ruse et l'adresse employées habilement, peuvent ramener ces malades à leur type régulier. C'est ainsi qu'A. Paré guérit un hypochondriaque qui croyait avoir des grenouilles dans l'estomac, en lui administrant un purgatif qui lui procura des selles abondantes. L'habile chirurgien avait eu soin d'introduire furtivement de petites grenouilles dans le vase qui devait recevoir les matières rejetées.

Un maçon, âgé de quarante-quatre ans, prétendait avoir une couleuvre dans le ventre. M. J. Cloquet caressa son idée. — Oui, dit-il, je sens la couleuvre. La voici ; elle remonte par le gosier. Et le malade de s'écrier : J'en étais sûr ! Il y a longtemps que je l'avalai en buvant de l'eau d'une mare : elle était petite alors ; mais depuis elle s'est développée, elle a grossi, elle a grandi, et, si on ne me l'enlève pas, elle finira par me dévorer. J'en étais sûr, répétait le maçon ; je le disais partout, et partout on me riait au nez. — Alors, dit le médecin, il nous faut opérer. Une incision longue, mais superficielle, est faite à la région épigastrique ; des linges, des compresses, des bandages rougis par le sang sont appliqués, et la tête d'une couleuvre dont on s'était précautionné est passée avec adresse entre les bandes et la plaie. — Nous la tenons enfin ! s'écrie l'adroit opérateur ; la voici. En même temps le malade arrache le bandage qu'on lui avait appliqué sur les yeux ; il veut voir le reptile qu'il a nourri dans son sein ; il le regarde avec le même plaisir, le même attendrissement qu'une mère envisage le premier fruit de ses entrailles. Mais, quelques heures après, une sombre mélancolie s'empare de lui ; il gémit, il soupire ; le médecin est appelé. — Monsieur, lui dit-il avec anxiété, si elle avait des petits ! — Impossible, mon ami, c'est un mâle. Et par ce bon mot le malade fut guéri.

Le médecin Ménécrate, qui poussait l'extravagance jusqu'à se croire Jupiter, écrivit en ces termes à Philippe, roi de Macédoine : « Ménécrate-Jupiter à Philippe, salut. » Philippe lui répondit : « Philippe à Ménécrate, santé et bon sens. » Ce prince n'en demeura pas là, et, pour guérir son visionnaire, il imagina une plaisante recette : il l'invita à un grand repas. Ménécrate eut une table à part, où on ne lui servit pour tous mets que de l'encens et des parfums, pendant que les autres conviés goûtaient tous les plaisirs de la bonne chère. Les premiers transports de joie qu'il ressentit de voir sa divinité reconnue lui firent oublier qu'il était homme ; mais quand la faim le força de s'en souvenir, il se dégoûta d'être Jupiter, et prit brusquement congé de la compagnie (1).

(1) Rollin, *Histoire ancienne.*

3° *Hallucinations intuitives.* — Le raisonnement, ce me semble, doit occuper le premier rang dans le traitement des hallucinations intuitives ; et on conçoit qu'il soit souvent couronné de succès, car la conviction de ces hallucinés ne saurait être aussi profonde que chez les hallucinés externes ou internes, attendu qu'ils n'éprouvent pas de sensations réelles ; et partant la tâche de les convaincre de leurs erreurs, soit par le raisonnement, soit par la lecture des maximes des philosophes, lorsque les malades ont reçu de l'instruction, soit enfin par la crainte, si les circonstances l'exigent, sera beaucoup plus facile.

C'est ici surtout que le médecin doit faire preuve de beaucoup de sagacité et d'habileté pour captiver la confiance des malades et les dominer de toute la supériorité de son intelligence. Nous ne saurions donc trop le répéter, l'érudition du médecin psychologue doit être variée et étendue, sa connaissance du cœur humain profonde ; car si les malades s'aperçoivent de son infériorité, le prestige tombe, et il échouera constamment dans ses efforts pour les ramener à la raison. Le médecin doit en outre bien se garder de choquer ouvertement certaines convictions erronées des malades confiés à ses soins, surtout si elles portent sur des sujets religieux ; la prudence veut qu'il les respecte : seulement, il aura soin de faire ressortir habilement leur incompatibilité avec les préceptes de la véritable religion.

Je n'ai observé qu'un seul halluciné de ce genre : c'est le curé dont j'ai relaté plus haut l'histoire. Il est fâcheux qu'il soit sorti de l'asile avant d'être guéri. Mais je suis persuadé que M. Archambault n'aurait pas réussi auprès de lui ; car ce médecin passait à ses yeux pour un athée, pour un impie, et partant il lui était odieux. Moi, au contraire, j'avais toute sa confiance : aussi répondait-il honnêtement à mes questions, et entrait-il volontiers en conversation avec moi, sans s'emporter aucunement, comme cela lui arrivait toujours avec M. Archambault, et peut-être aurais-je eu le bonheur de dissiper les nuages qui obscurcissaient son intelligence.

4° *Hallucinations sthéniques.* — Il nous reste à parler du traitement des hallucinations qui reconnaissent pour cause l'exaltation de la sensibilité. Je ne m'y arrêterai pas ; car chez ces hallucinés, l'intelligence n'est pas dérangée, et par conséquent le traitement doit être exclusivement physique. On s'enquerra, bien entendu, des causes de la maladie, de son intensité, de sa durée, etc., etc., afin d'y porter remède avec connaissance de cause.

Avant de finir, un mot sur le traitement des hallucinations

par le datura stramonium. Comme on le sait, les plantes narcotiques jouissent du singulier privilége de provoquer des illusions et des hallucinations bizarres : or, M. Moreau, de Bicêtre, d'après le principe homœopathique, *similia similibus curantur*, eut l'idée d'administrer aux hallucinés l'extrait de stramoine, et il en porta la dose jusqu'à 50 centigr. par jour. Les résultats qu'il prétend avoir obtenus sont très-satisfaisants. (Voyez, pour de plus amples détails, son Mémoire cité.) Je ne puis me prononcer à cet égard; car nous n'avons essayé qu'une seule fois le datura, et ce fut sans succès. Le cas était pourtant favorable; les hallucinations étaient simples et sans délire. Mais ce cas négatif ne suffit pas pour infirmer la doctrine d'un observateur aussi consciencieux que mon savant maître.

Dans le traitement des hallucinations, on remplira les indications fournies par la suppression d'un flux menstruel, hémorrhoïdal, etc., en cherchant à les rétablir par des irritations portées sur les organes qui président à ces évacuations. On provoquera un écoulement chronique qui a disparu, on rappellera une dartre, on rouvrira un ulcère dont la guérison subite aura engendré les hallucinations.

Si les appareils digestif et biliaire sont dérangés, on y apportera remède, etc., etc.

D'après ces considérations, on voit bien que nous ne sommes pas partisan exclusif et quand même du traitement moral ou du système d'intimidation, comme on voudra l'appeler.

Nous savons, quand les circonstances l'exigent, combiner les moyens physiques avec les moyens moraux; mais nous proclamons hautement que lorsque la folie est simple, sans complication, c'est à la crainte que le médecin sage et prudent doit recourir. — La crainte a été, est et sera toujours l'élément social prédominant. Devant la crainte, toutes les autres passions se taisent, car elle les absorbe toutes. Un journal de médecine, en rendant compte d'un de mes écrits, a blâmé fortement mon système, et m'a presque taxé de cruauté et de barbarie; comme si la cruauté et la barbarie n'étaient pas plutôt du côté de ceux qui, faute d'énergie ou par *respect humain*, laissent tomber dans la démence les pauvres insensés qui leur sont confiés. Qu'on se pénètre bien de cette maxime : Chez les hommes revêtus d'un ministère important, le trop de bonhomie est un défaut, j'allais dire une faute, car c'est de la pusillanimité : or, ce n'est point avec de la pusillanimité, mais bien avec une volonté forte et énergique qu'on conduit au bien les hommes, insensés ou non. C'est connaître bien peu le cœur humain que de vouloir ramener à la

raison par des voies de douceur et de complaisance tous les aliénés sans distinction. *In multitudine regenda plus pœna quam obsequium valet*, a écrit Tacite. « L'expérience nous apprend, a dit l'homme le plus humain et le plus probe, peut-être, des temps modernes, l'expérience nous apprend que, sans l'intervention d'un pouvoir coërcitif, les hommes n'adoptent et n'exécutent pas les mesures les mieux calculées pour leur propre bonheur (1). » Faisons donc le bien pour le bien envers et contre tous, sans nous inquiéter des murmures qui s'élèvent autour de nous, et attendons-nous à être payés d'ingratitude : c'est la récompense des bienfaiteurs de la race humaine. Qu'importe ? Les hommes d'une forte trempe s'élèvent au-dessus des clameurs de la multitude, bravent ses calomnies et sa fureur, et travaillent pour l'humanité. Cette considération seule doit nous empêcher de rire des folies du stupide vulgaire et de sa crédulité envers quiconque entreprend de le rendre dupe en le flattant.

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. *Cliniques médicales.*

(Gazette médicale de Paris, N° 10, 1846.)

Pneumonies ; leur rareté ; caractères particuliers des pneumonies actuelles.

Le petit nombre de pneumonies que l'on observe en ce moment dans les hôpitaux de Paris contraste d'une manière singulière avec l'extrême fréquence habituelle de ces affections à l'époque de l'année où nous nous trouvons. Il en est de même des pleurésies, des rhumatismes aigus, et en général de toutes les affections phlegmasiques, qui, encombrant ordinairement tous les services de médecine vers la fin de l'hiver, ne se montrent actuellement qu'assez rarement disséminées au milieu de toutes sortes d'autres maladies, et avec une gravité générale assez médiocre. Sans empiéter sur ce qui devra être dit en un autre lieu touchant l'influence de la constitution atmosphérique, tout exceptionnelle de cet hiver, sur le caractère des maladies observées dans le cours de cette saison, nous signalerons quelques particularités assez remarquables qu'offrent les pneumonies observées depuis quelque temps.

Les pneumonies actuelles ne se distinguent pas seulement, en

(1) *Washington*, par M. Guizot.

effet, des pneumonies ordinaires de cette saison par leur plus grande rareté relative, elles s'en distinguent encore, pour un certain nombre du moins, par des caractères particuliers. La plupart se sont montrées assez bénignes et cédaient aisément à deux ou trois saignées, ou quelquefois même à une seule saignée, surtout quand on la faisait suivre de l'administration de doses modérées de tartre stibié. Toutes n'offraient pas cependant cette bénignité : quelques-unes se sont terminées d'une manière funeste, et, dans quelques-uns de ces cas, voici ce que l'on a remarqué à l'autopsie : Soit que les malades eussent succombé à la deuxième ou bien à la troisième période de la maladie, que le poumon fût à l'état d'hépatisation rouge ou d'hépatisation grise, cet organe, au lieu de présenter cette consistance ferme, cette dureté caractéristique que l'on trouve habituellement à la fin de la deuxième période ou au commencement de la troisième, avait au contraire une consistance molle. flasque, et présentait plutôt l'aspect de la splénisation que celui d'une véritable hépatisation. Mais ce n'était pas seulement dans les poumons que l'on constatait cet état de ramollissement ; les organes qui n'avaient pas été le siége d'une phlegmasie offraient un état analogue : c'est ainsi que chez deux sujets morts de pneumonie dans les salles de M. Chomel, indépendamment de l'état particulier des poumons que nous venons de décrire, on a trouvé le cœur, la rate, les reins et le foie notablement ramollis, bien qu'aucun de ces viscères n'offrît d'ailleurs aucun autre caractère pathologique. Un état analogue existait dans le sang qui avait été retiré de la veine pendant la vie ; ce sang, au lieu d'offrir, comme dans les cas ordinaires, un caillot dense, épais, couenneux, offrait au contraire une proportion considérable de sérum. La même circonstance s'est reproduite chez un malade entré récemment dans le même service pour une pleuro-pneumonie au début, et dont le sang a présenté, à la première saignée, une quantité de sérum double au moins du volume du caillot.

Une conséquence pratique naturelle à déduire de ces faits, et M. Chomel n'a pas manqué de la faire ressortir, c'est qu'il ne faut pas insister dans ce cas sur les saignées, et qu'il convient de recourir de préférence aux vésicatoires ou aux préparations antimoniales.

Jusqu'à quel point ces circonstances sont-elles dépendantes de l'état particulier de tiédeur humide et de mollesse, si l'on peut s'exprimer ainsi, qu'offre depuis quelque temps la température? C'est là un rapport que nous nous bornons à constater pour l'instant, nous réservant, en temps opportun, de chercher à établir

ces relations sur une échelle plus étendue et avec de plus nombreuses données.

Sur quelques cas de pneumonies dites centrales.

Parmi les pneumonies que nous avons observées depuis quelque temps, il en est quelques-unes qui ont offert des particularités d'un autre genre qui méritent aussi d'être signalées. On sait qu'il n'est pas très-rare, chez les vieillards surtout, de rencontrer de ces pneumonies dites *latentes*, qui ne se révèlent par aucun des symptômes ordinaires de cette affection, et que le stéthoscope seul fait découvrir. Par contre, on trouve quelquefois aussi des cas où l'auscultation n'apprend rien encore, alors que depuis plus ou moins longtemps tous les signes rationnels de la pneumonie ont été recueillis. Trois cas de ce genre se sont montrés à peu près en même temps à l'Hôtel-Dieu, dont deux dans les salles de M. Chomel et un dans celles de M. Jadioux.

L'un des deux malades du service de M. Chomel était un homme couché depuis quelque temps à la salle Sainte-Agnès pour une bronchite catarrhale. Il fut pris intercurremment d'accidents d'une grande gravité : frissons, douleur de côté, dyspnée, fièvre intense, chaleur vive à la peau, inappétence, suppression des crachats, qui jusque-là avaient été rendus en grande abondance. Ces symptômes étaient plus que suffisants pour faire soupçonner l'invasion d'une pneumonie; cependant l'auscultation et la percussion, pratiquées avec une grande attention, ne révélèrent aucune modification appréciable dans l'état des organes respiratoires. Le lendemain, nouveau signe incontestable de pneumonie : crachats caractéristiques mêlés aux crachats verdâtres du catarrhe, qui avaient en partie reparu; mêmes résultats négatifs de l'auscultation. Ce ne fut que plus tard qu'on constata enfin du râle crépitant dans les deux tiers environ du poumon droit et du souffle bronchique dans le reste de son étendue.

Le même phénomène s'est présenté chez une femme chez laquelle on n'a reconnu quelques bulles de râle crépitant que quelques jours après l'invasion des frissons et de la douleur de côté, qui avaient fait diagnostiquer une pneumonie.

Chez le malade de M. Jadioux, l'absence des signes physiques était beaucoup plus manifeste encore, et elle se prolongea beaucoup plus longtemps. Les symptômes généraux étaient de nature à ne laisser aucun doute sur l'existence d'une pneumonie : fièvre intense, chaleur vive à la peau, face animée, point de côté, oppression, crachats rouillés, etc.; ces signes, joints aux circonstances qui avaient précédé l'invasion de la maladie, au frisson

initial d'une part, et, d'autre part, à l'absence des signes propres à toute autre affection, ne permettaient pas, en effet, de douter qu'on eût affaire à une pneumonie. Cependant pendant plus de cinq jours on ne put reconnaître autre chose dans la poitrine, si ce n'est, par intervalles seulement, un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire dans une portion assez circonscrite du poumon. Ce ne fut que le sixième jour (qui correspondait au onzième jour de l'invasion du frisson et du point de côté) qu'on reconnut pour la première fois, dans le point où l'on avait constaté l'affaiblissement du murmure respiratoire, un souffle tubaire avec retentissement bronchophonique de la voix et du râle crépitant autour de ce point. Ces nouveaux phénomènes avaient à peine paru qu'ils commencèrent à décroître ; deux jours après, le malade était en pleine convalescence.

Ces cas ne sont-ils pas de ceux que l'on a désignés sous le nom de pneumonies *centrales ?* Tout porte à le croire. Il arrive, en effet, dans quelques circonstances, que la pneumonie débute par les parties profondes du poumon ; qu'elle ne consiste dans le principe qu'en une sorte de noyau inflammatoire central qui s'irradie peu à peu du centre à la circonférence, et qui n'arrive que plus ou moins tard, et quelquefois seulement vers la fin de la maladie, aux couches superficielles du poumon. On conçoit que, dans ce cas, la région du poumon affectée étant séparée de l'oreille qui ausculte par des couches de poumon restées saines, le murmure respiratoire continue à se faire entendre avec ses conditions à peu près normales, jusqu'à ce que la phlegmasie ait gagné de proche en proche la périphérie du poumon. — La théorie s'accommode assez bien de cette explication, et elle paraît en particulier s'adapter parfaitement au dernier cas que nous venons de citer. — Cependant, si l'on considère, d'une part, que cette forme de pneumonie, circonscrite aux parties centrales du poumon, n'a été que très-rarement constatée à l'autopsie ; si, d'autre part, l'on tient compte de cette circonstance signalée par plusieurs cliniciens, que dans un assez grand nombre de cas, bien que la pneumonie ait manifestement envahi la totalité du poumon, la faiblesse du bruit respiratoire était le seul phénomène stéthoscopique observé dans le début, ne peut-on pas être autorisé à croire qu'il en est de certaines pneumonies comme des phlegmasies cutanées dont on peut suivre de l'œil toutes les périodes d'invasion, de début et de développement, comme des érysipèles, des fièvres éruptives, dans lesquelles l'éruption ou la congestion sanguine est devancée souvent de plusieurs jours par tout l'appareil fébrile ? Si l'on rapproche, en effet, de la marche bien connue des érysipèles, ces cas de pneumonie dans lesquels

la phlegmasie semble s'arrêter brusquement après quelques jours d'invasion, pour reprendre ensuite, après un ou deux jours d'interruption, sa marche croissante, ceux où la phlegmasie disparaît tout à coup d'un poumon pour se porter immédiatement sur l'autre poumon, cette assimilation ne semble-t-elle pas de tous points légitime ? et ne peut-on pas admettre que dans quelques-uns de ces cas où les phénomènes d'auscultation ne se révèlent que plus ou moins tard, après l'invasion des symptômes généraux, on ait eu affaire à des pneumonies de cette espèce ?

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications, il ne ressort pas moins évidemment de ces faits cette conséquence pratique, que si les signes stéthoscopiques, en tant que positifs, ont une valeur absolue, une signification précise et parfaitement déterminée, il ne faut pas se hâter de conclure négativement de leur absence, et que, quelle que soit la confiance que mérite ce moyen d'investigation, il n'en est pas moins nécessaire, dans tous les cas, de faire concourir l'ensemble de tous les symptômes et de tous les signes rationnels à l'établissement du diagnostic.

Caractères différentiels de la rougeole et de la scarlatine; valeur séméiotique de l'expectoration dans la rougeole.

Deux malades entrés dans le service de M. Chomel, atteints de rougeole, ont fourni l'occasion à ce professeur d'insister sur les caractères différentiels de l'éruption morbilleuse et de l'éruption de la scarlatine, et de signaler une circonstance particulière à la rougeole, qui permet, dans les cas de doute, de se prononcer avec certitude sur l'existence de cette dernière affection. Nous ne nous arrêterons pas ici à décrire les caractères bien connus de ces deux éruptions lorsqu'elles sont franches et légitimes ; mais il arrive quelquefois que la scarlatine, au lieu d'offrir une rougeur franche et uniforme, présente un pointillé semblable à celui de la rougeole et dont on ne le distinguerait que difficilement sans une certaine attention. Voici quelques caractères à l'aide desquels on peut éviter cette confusion : le pointillé de la scarlatine est égal, uniforme, symétrique, sa couleur est partout la même, ainsi que le volume et la forme des petites vésicules ; la rougeole, au contraire, offre une diversité très-grande dans la couleur, la forme et la dimension de son pointillé. D'un autre côté, la scarlatine présente assez communément de petites papules miliaires qu'on n'observe point ordinairement dans la rougeole ; enfin, on trouve, dans cette dernière, de petites ecchymoses sous-cutanées qui manquent dans la scarlatine. Mais on conçoit combien ces

nuances peuvent, dans quelques cas, être difficiles à saisir ; et cependant il n'est pas indifférent, pour le pronostic et pour les moyens prophylactiques que l'on peut avoir à prescrire dans les familles où règne l'une de ces affections si éminemment contagieuses, de les bien distinguer l'une de l'autre. Il est un autre caractère auquel M. Chomel attache une importance tout à fait décisive, et qui pourtant ne se trouve, que nous sachions, consigné dans aucun auteur : c'est l'aspect qu'offrent les crachats des rubéoleux. Ces crachats consistent en des masses opaques, nummulaires, d'une couleur grisâtre, nageant dans un liquide abondant ; ils ont, au premier aspect, toutes les apparences des crachats des phthisiques dans la deuxième période de la phthisie ; mais, indépendamment des circonstances concomitantes, qui ne permettent pas de se méprendre sur leur nature et leur origine respectives, les crachats de la rougeole diffèrent de ceux de la phthisie en ce que le liquide dans lequel nage la matière opaque est clair, transparent dans la phthisie, tandis qu'il est louche et lactescent dans la rougeole.

Ce caractère particulier de l'expectoration, qui, suivant M. Chomel, ne manque jamais chez les adultes, et qui n'a pas été mentionné par les auteurs, sans doute parce qu'ils n'ont décrit en général la rougeole que chez les enfants qui n'expectorent point ; ce caractère, disons-nous, a une valeur séméiologique d'une grande importance, non-seulement pour distinguer, dans les cas douteux, la rougeole d'avec les affections éruptives, qui ont avec elle le plus de ressemblance, mais surtout pour diagnostiquer une rougeole dont l'éruption s'est brusquement supprimée, ne s'est faite qu'imparfaitement, ou manque même tout à fait. Il n'est pas en effet très-rare, et les faits de ce genre s'observent surtout pendant les épidémies, de voir des sujets présenter tous les prodromes de la rougeole, sans qu'il se manifeste le moindre changement à la peau ; la bronchite légère qui complique presque constamment l'éruption morbilleuse est le seul phénomène morbide qui succède à ces prodromes. L'aspect des crachats que nous venons de décrire ne laisse aucun doute, dans ce cas, sur l'existence d'une de ces rougeoles latentes que les anciens auteurs désignaient sous le nom de *fièvre morbilleuse* ou de *morbilli sine morbillis*, et que l'on pourrait peut-être plus justement appeler rougeoles internes ou bronchiques.

Un exemple tout récent est venu démontrer la valeur de ce signe.

Un jeune homme entra, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, dans un état d'accablement et de stupeur qui fit soupçonner tout

d'abord une affection typhoïde. Cependant il n'avait point de taches rosées, point de météorisme ni de sensibilité du ventre. En examinant avec soin, on reconnut çà et là sur la poitrine une éruption irrégulière violacée, qui n'avait point l'apparence de l'éruption typhoïde, mais qui ressemblait plutôt à l'éruption morbilleuse parvenue à sa dernière période : on était toutefois encore dans le doute sur le véritable caractère de cette éruption ; mais ce qui leva toute incertitude, ce fut l'aspect des crachats dont nous venons de signaler les caractères. La suite de la maladie vérifia la justesse de ce diagnostic.

Pleurodynie suivie de pleurésie. — Relation de ces deux états morbides.

Il n'est plus permis aujourd'hui de confondre, comme on le faisait si souvent autrefois, la simple douleur des parois thoraciques, désignée sous le nom de *pleurodynie* ou *fausse pleurésie*, avec la pleurésie véritable. Mais si, dans un temps donné de leur existence, ces deux états morbides se distinguent par des caractères particuliers bien tranchés, ils n'en sont pas moins dans une telle dépendance l'un de l'autre, qu'ils finissent souvent par se confondre en une seule et même affection, dont ils ne représentent en réalité que deux temps ou deux périodes différentes. Il n'est pas rare, en effet, de voir une pleurodynie, après avoir persisté plus ou moins longtemps, être tout à coup suivie d'une pleurésie avec épanchement. Ces sortes de transformations sont surtout imminentes lorsque la douleur pleurodynique a été précédée de frissons ou qu'elle s'accompagne d'une tendance plus ou moins manifeste au mouvement fébrile. Nous venons d'en observer tout récemment un exemple à l'Hôtel-Dieu.

Un malade était entré à l'hôpital avec une douleur aiguë, vive, dans les parois thoraciques, douleur dont l'apparition avait été précédée de quelques frissons, et qui s'accompagnait d'une légère accélération du pouls. Cette douleur persista ainsi pendant six jours, sans que l'on constatât durant tout ce temps aucun trouble dans les organes de la respiration, aucun phénomène stéthoscopique particulier dans la poitrine. Le septième jour, on reconnut un épanchement qui s'était formé subitement et qui s'élevait à une grande hauteur.

Un second cas tout à fait semblable se présenta, à quelques jours de distance, dans la même salle.

La conséquence pratique directe à déduire de ces faits, c'est que les douleurs pleurodyniques ne sont pas toujours impunément négligées, qu'il faut dans tous les cas les attaquer dès leur

début, et avoir constamment l'attention fixée sur l'état de la poitrine pendant toute leur durée.

Ce fait a en outre une signification plus générale, et l'on peut suivre dans plus d'une circonstance des relations analogues entre des douleurs névralgiques ou rhumatoïdes superficielles et des affections profondes correspondantes qui ne sont en quelque sorte qu'une amplification de ces premiers phénomènes. C'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois des névralgies intercostales, siégeant à droite, suivies d'engorgements spléniques avec exacerbations fébriles simulant assez bien des accès intermittents pour que l'on crût devoir recourir au sulfate de quinine. Les arthralgies offrent souvent ce phénomène d'une manière très-remarquable à leur début. Sous l'inspiration du rédacteur en chef du journal, nous avons eu maintes fois l'occasion de le constater à la consultation de l'hôpital des Enfants (service des difformités), sur de jeunes sujets qui, n'offrant dans le principe que des douleurs vagues, erratiques dans les muscles ou dans le trajet des nerfs au voisinage d'une articulation, ne tardaient pas à présenter successivement tous les symptômes et toutes les altérations caractéristiques des arthralgies les plus compliquées. La relation de la pleurodynie avec l'inflammation des plèvres n'est donc pas un fait isolé, propre seulement aux organes thoraciques, mais bien une expression particulière d'un fait général qu'il ne serait pas sans intérêt de suivre dans ses rapports avec les différents organes et les diverses régions de l'économie.

Cet aperçu est emprunté à une pensée bien déterminée, qui ne tardera pas sans doute à se faire jour dans la science avec le caractère de généralité qu'elle comporte et avec les différents ordres de preuves qui doivent lui donner l'importance qu'elle mérite.

Fièvre typhoïde charbonnneuse.

Nous avons parlé, dans notre précédente revue, de cas de fièvre typhoïde à forme rémittente, observés dans le service de M. Rayer; nous nous étions proposé de suivre l'étude de cette forme particulière de la fièvre typhoïde, insolite sous la constitution habituelle de Paris; l'occasion nous en est échappée, aucun cas nouveau ne s'étant présenté. Mais en même temps que ces faits avaient lieu, il s'est présenté, dans le même service, un cas rare d'affection typhoïde qui non-seulement contrastait avec les maladies typhoïdes coïncidentes, mais qui différait encore de toutes les formes connues d'affection de cette nature, par une circonstance particulière, l'existence d'un ictère passa-

ger et la formation d'un anthrax volumineux sur le bassin, ce qui l'a fait désigner par M. Rayer sous le nom de fièvre typhoïde *charbonneuse*. Voici, en deux mots, les circonstances principales de cette observation :

Obs. — Une jeune femme entre à l'hôpital, offrant tous les symptômes d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. Il se déclara, dans le cours de la maladie, un ictère assez léger qui ne dura que quelques jours, et à la suite duquel il ne resta plus qu'une grande prostration. La malade semblait marcher vers la convalescence, lorsque, à la suite d'un écart de régime, elle fut prise de fièvre avec délire, diarrhée et abattement. Cet état de choses dura quelques jours, puis il se développa sur la fesse gauche une tumeur charbonneuse du volume d'un œuf de dinde. La tumeur était entourée d'un cercle inflammatoire phlegmoneux, comme dans les affections charbonneuses. L'apparition de cette tumeur fut suivie de la cessation des phénomènes typhoïdes ; mais la malade eut à courir de graves dangers par suite du travail d'élimination de cette masse gangréneuse, qui se termina heureusement après trois mois de séjour à l'hôpital.

Cette malade, sortie de l'hôpital il y a quinze jours, n'ayant plus qu'une petite plaie de bon aspect qui marchait rapidement vers la guérison, est rentrée, quelques jours après, avec un érysipèle de mauvaise nature, développé sur la fesse et la partie postérieure de la cuisse du côté opposé. Cet érysipèle, combattu par un émétique, est actuellement en voie de résolution.

C'est le second cas de ce genre que M. Rayer a eu l'occasion de rencontrer dans ses salles ; le premier s'était terminé par la mort. Il s'est demandé si cette affection n'aurait pas quelque analogie avec la fièvre qui régna épidémiquement il y a quelques années en Écosse, et qui est connue sous le nom de fièvre d'Édimbourg. Nous n'avons pas assez présents à l'esprit les caractères de cette fièvre pour décider jusqu'à quel point cette assimilation serait possible. Cette affection n'aurait-elle pas encore quelque analogie avec une maladie des bêtes à cornes, que Chabert a décrite sous le nom de *fièvre charbonneuse* ou de *charbon symptomatique*, maladie dans laquelle le charbon ne paraît qu'à la suite d'un accès de fièvre plus ou moins long, et est ordinairement précédé de dégoût, de tristesse, de cessation de la rumination, de froid des oreilles et des extrémités, de douleurs aux lombes, de tension de l'abdomen, concentration avec irrégularité du pouls, suppression des urines, absence de déjections, etc. ? M. Rayer n'est pas éloigné d'admettre cette analogie. Ce serait

le cas de faire des recherches sur ce sujet, si un nouveau cas de ce genre venait à se présenter.

Hydarthrose chronique du genou. — Tartre stibié ; diminution considérable de l'épanchement en trois jours.

Obs. — Un malade, entré dans le service de M. Rayer pour une indisposition aiguë de peu d'importance, est affecté en même temps d'un rhumatisme articulaire chronique du genou droit, avec épanchement considérable datant de six ans. Ce malade est sous l'influence d'une diathèse rhumatismale manifeste ; il a eu successivement, depuis un grand nombre d'années, presque toutes les articulations malades, jusqu'aux articulations vertébrales même. Mais depuis six ans que le genou a été pris, sauf quelques variations dans le volume de l'épanchement, l'affection a opiniâtrément résisté à tous les moyens qui ont été employés : saignées générales et locales, vésicatoires, purgatifs, sulfate de quinine à haute dose, bains de vapeurs, etc. On a essayé de nouveau les vésicatoires, mais sans aucun avantage ; le malade dit même qu'ils n'ont fait qu'exaspérer ses souffrances, et que toutes les fois qu'on lui en a appliqué, ils ont eu le même résultat, et sans jamais diminuer l'épanchement. M. Rayer s'est déterminé à administrer le tartre stibié ; il l'a fait prendre à trois grains par jour, uni à du sirop diacode pour prévenir les vomissements. Dans l'espace de trois jours, l'épanchement s'est presque entièrement dissipé, et les douleurs se sont notablement amoindries. Notons que ce résultat a été obtenu sans qu'il y ait eu de vomissements ni de selles.

Ce fait est trop récent sans doute pour qu'on puisse se flatter qu'en s'en tenant là la guérison soit complète et définitive ; nous le signalons seulement comme un exemple remarquable de l'action dynamique particulière que le tartre stibié semble exercer sur les épanchements anciens, et comme venant à l'appui d'autres faits analogues signalés depuis quelques années. Il tendrait en outre, si l'avenir confirmait la guérison, à prouver qu'on peut atteindre le même résultat sans élever le tartre stibié aux doses énormes auxquelles on l'a donné. Nous suivrons ce fait.

Rhumatisme articulaire aigu guéri en dix jours par le sulfate de quinine.

Obs. — Un jeune homme âgé de 25 ans est entré dans les salles de M. Fouquier pour un rhumatisme articulaire aigu. Les douleurs occupaient à la fois les genoux, les poignets, les coudes et les épaules. Les poignets étaient légèrement gonflés et rou-

ges; les douleurs étaient accompagnées d'une fièvre assez intense (100 puls.). Le début de la maladie avait été marqué par des frissons qui ont précédé les douleurs et qui ne se sont plus reproduits depuis; la fièvre était continue, sans aucune rémittence sensible, et accompagnée de sueurs abondantes. Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on a pratiqué une saignée de 300 grammes. Le lendemain, la saignée a été répétée; on a retiré 350 grammes de sang. Le pouls a un peu baissé après cette seconde saignée; il est descendu à 96 pulsations, mais les douleurs persistaient : on administra le soir 1 gramme de sulfate de quinine.

Le troisième jour, rien de changé. On double la dose de sulfate de quinine (2 grammes).

Le quatrième jour, diminution notable des douleurs; pouls descendu à 76. (Sulfate de quinine, même dose.)

Le cinquième jour, pouls à 60; douleurs décroissantes. (Sulfate de quinine, 2,50.)

Le sixième jour, les douleurs ne se faisaient plus sentir qu'aux épaules. On commence à diminuer la dose de sulfate de quinine. (1 gramme.)

Le septième jour, les douleurs avaient complétement cessé. On continua encore le sulfate de quinine à dose décroissante pendant trois jours. La dernière dose, prise le dixième jour, était de 25 centigrammes.

C'est un nouvel exemple de l'efficacité du sulfate de quinine à haute dose contre le rhumatisme articulaire aigu. M. Fouquier pense que cette méthode doit surtout être réservée pour les cas où, comme dans celui-ci, les malades éprouvent des sueurs abondantes qui excluent le traitement diaphorétique. Il la préfère, dans la plupart des cas, aux saignées répétées qui ont l'inconvénient, en affaiblissant les malades, de les rendre plus susceptibles à l'avenir à l'impression du froid, et partant au retour des douleurs; mais il pense en même temps qu'une ou deux saignées, pratiquées avant l'administration du sulfate de quinine, en assurent mieux l'efficacité. C'est la méthode qu'il adopte de préférence pour les rhumatismes aigus intenses.

---

18. *Septième session du congrès des savants italiens, tenue à Naples en* 1845.

(Suite : *voir* t. I, janvier 1846, p. 172.)

(Gazette médicale de Paris, N° 2, 1846.)

Abstinence complète depuis trois ans ; par M. Borelli.

Nous serons brefs sur ce fait, qui a cependant été l'objet d'une discussion assez étendue au sein du congrès. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui eut, il y a trois ans, en bas et au-devant du cou, un abcès dont elle refusa d'abord de laisser pratiquer l'ouverture. Cependant, vaincue par l'imminence de la suffocation, elle consentit à laisser donner un coup de bistouri qui évacua beaucoup de pus. Depuis lors elle éprouva une difficulté d'avaler, qui bientôt ne lui permit plus de prendre ni aliments ni boissons. Soutenue quelque temps au moyen de lavements nourrissants, elle se fatigua enfin de ce régime, et y renonça ; de telle sorte qu'elle vit, depuis lors, privée de toute alimentation solide ou liquide. Elle est faible, un peu assoupie, mais conserve, du reste, ses facultés intellectuelles. La sueur, les urines et les évacuations menstruelles sont, ainsi que les selles, peu abondantes. Elle a un grand besoin d'air pur et libre. Elle se montre insensible à l'odeur des viandes, mais ne l'est point aux douces et suaves effluves d'un beau jour de printemps. MM. Borelli et de Nobili se sont assurés, par le cathétérisme fait avec une sonde en gomme élastique, qu'il existe, à la partie inférieure de l'œsophage, un obstacle qu'ils n'ont pu franchir.

Avec ces deux auteurs, à l'avis desquels s'est aussi réuni le professeur Gorgone, nous pensons qu'avant de rechercher l'explication du phénomène, il faudrait commencer par enfermer la malade à l'hôpital, et la tenir, durant plusieurs jours, sous une rigoureuse surveillance, afin de démêler ce qui, dans ce cas, appartient à la nature, d'avec ce qui n'est peut-être qu'un effet de charlatanisme ou de supercherie religieuse. Un fait extraordinaire et signalé dans l'observation nous rendrait encore plus défiants : la jeune malade, qui ne peut prendre aucun aliment solide, aucune boisson, n'a pas laissé cependant que de communier plusieurs fois, et l'on spécifie catégoriquement qu'elle a pu avaler l'hostie. Cette circonstance nous paraît tout à fait propre à appuyer la version vers laquelle nous inclinons ; et c'est assurément ici ou jamais le cas où l'exception confirmerait la règle.

La physiologie d'Homère.

Le chevalier Quaranta lut, dans la section d'archéologie et de

géographie, un mémoire très-curieux sur la physiologie d'Homère. Le président de la section de médecine avait désigné une commission pour aller entendre la lecture de ce travail et en faire un rapport. Et voici comment le rapporteur rend compte des idées du chevalier Quaranta. Cet archéologue croit avoir trouvé la plus ancienne doctrine physiologique dans l'Iliade et l'Odyssée. C'est cette doctrine qu'il a développée dans un assez long traité, qui forme le mémoire même. Il y dit d'abord que cette base dynamique de la vie, où se rattachent toutes les fonctions de l'animal, est comprise, dans l'ancien poëte de la Grèce, au point de vue synthétique dont s'honore la bonne philosophie. Dans Homère, en effet, les deux mots ζωή et βίος, qui expriment, le premier, la respiration, et, le second, le mouvement, sont employés seulement pour désigner la vie végétative. Or, les physiologistes et tous les savants ne sont-ils pas d'accord là-dessus, et ne reconnaissent-ils pas dans cette vie, qui se compose seulement du mouvement et de la respiration, la vie qui est en partage aux êtres inférieurs? Quant aux signes de la mort, Homère place en première ligne l'immobilité et la rigidité permanentes, sans oublier le signe qui constate en dernière analyse l'état cadavérique, c'est-à-dire la putréfaction. Enfin, le sommeil est pour le grand poëte un relâchement dans les tendons, produit par une émanation somnifère que dispense doucement la main d'une divinité. Cette forme mythologique n'exprime-t-elle pas parfaitement l'allourdissement des organes locomoteurs et l'augmentation de l'exhalation cutanée qui accompagne toujours cette période de repos pendant laquelle se recomposent nos forces épuisées? Le docteur Antoine Sementini a défini la vie, la faculté d'agir et de se mouvoir. N'est-ce pas une traduction fidèle des croyances physiologiques du vieil Homère? La seule différence entre la science contemporaine et celle du poëte grec, c'est que celle-ci est une science d'instinct, de divination, et l'autre une science qui n'est parvenue à formuler des vérités qu'après de laborieuses recherches. La commission comble d'éloges l'ingénieux travail du chevalier Quaranta, elle félicite cet habile archéologue d'avoir démontré que l'étude des classiques peut être très-utile à la science de notre temps, malgré l'immense progrès que les connaissances humaines ont fait depuis l'antiquité.

SECTION DE CHIRURGIE.

La chirurgie, qui n'était, au dernier congrès tenu à Milan, qu'une sous-section dépendant de la section de médecine, a eu cette fois l'honneur d'être constituée à part, réunie à l'anatomie,

Les membres qui ont pris part à ses délibérations ont nommé pour président M. Santoro.

Méthode thérapeutique contre la cataracte.

Le professeur Paliotti préconise comme remède contre la cataracte l'usage interne de l'iodure de potassium et la cautérisation ammoniacale appliquée aux tempes. Il assure que, dans les cas même où cette médication ne produit pas la guérison, elle prépare à l'opération un succès plus certain. MM. Quadri et de Horatiis ont été nommés par le président pour faire, sur cette méthode curative, des expériences du résultat desquelles ils feront part au congrès de Gênes.

Remède contre le cancer.

Le professeur Landolfi traite les ulcères cancéreux avec une pommade consistant en :

Cérat de Galien.	1 once,
Morphine.	5 grains,
Poudre arsenicale.	1 drachme.

Il y joint l'usage interne des boissons nitrées. Plusieurs dessins et de nombreuses pièces pathologiques, présentées par lui à la section de chirurgie du congrès de Naples, témoignent des succès fréquents qu'a eus entre ses mains ce mode de traitement, dont nous regrettons qu'il ne nous ait pas mis à même d'indiquer avec plus de précision les agents. Il avertit que l'absorption de l'arsenic n'est point à craindre.

Nouvelle ventouse.

Le docteur Cortelli présente une ventouse de son invention. La cloche reçoit l'air par un robinet qui s'ouvre à l'intérieur au milieu de sa concavité, de sorte que quand on veut, après l'opération terminée, enlever le verre, on n'a besoin que d'ouvrir ce robinet. C'est là sans doute une amélioration de fort minime importance. Une autre modification un peu plus utile est la suivante : Un morceau d'éponge est suspendu par un fil (vraisemblablement métallique) au milieu de la cavité du verre. De cette manière, on n'a pour faire le vide qu'à imbiber d'alcool la petite éponge, et ce liquide s'enflamme sans exposer la peau à être brûlée, ce qui arrive souvent lorsqu'on se sert d'un morceau de papier ou de quelques brins d'étoupe. — Rappelons, d'après M. Heulhard d'Arcy, que quelques gouttes d'éther projetées au fond de la cloche, puis enflammées en approchant celle-ci d'une bougie allumée, produisent le même effet.

Cas d'atrésie de l'arrière-bouche.

Le docteur Bresciani Borsa a vivement intéressé l'assemblée en rapportant un exemple d'atrésie presque complète de l'isthme guttural, qu'il a pu guérir radicalement par une opération difficile et délicate avec un long et étroit bistouri boutonné introduit par la petite ouverture persistante. Il coupa d'abord le pilier palatin du côté droit, dont l'hypertrophie était l'origine de cette difformité ; il fit ensuite la dilatation au moyen des branches d'une pince courbe à polypes ; enfin, à l'aide de ciseaux à cuillers, il excisa tout ce qu'il fallut pour donner à la nouvelle ouverture la courbe et les dimensions de l'orifice naturel.

Traitement des déviations du rachis par la myotomie sous-cutanée.

C'est à M. de Beaufort qu'on doit d'avoir porté devant le congrès italien cette importante question, que, devant une autre juridiction, les passions personnelles avaient trop souvent fait dévier de la ligne scientifique. Dans le travail lu sur ce sujet, l'auteur a cherché à déterminer : 1° si l'opération est dangereuse ; 2° si elle est utile ; 3° si elle est rationnelle. A première vue, dit-il, on ne saurait concevoir pourquoi la section des muscles du dos ne serait pas trouvée innocente, utile et rationnelle, alors que celle de tous les autres muscles du corps est partout jugée ainsi. Pour bien faire apprécier les véritables indications de l'opération. M. de Beaufort décrit ensuite le mécanisme et les caractères de la rétraction musculaire, tant convulsive que secondaire, et montre comment on peut par là distinguer les déviations rachidiennes tenant à la rétraction de celles qui sont produites par toute autre cause. Il traite de l'anatomie des muscles sacro-lombaire et long dorsal, et apprend les lieux où l'on peut les couper. Il dit enfin qu'on ne doit pas regarder la myotomie rachidienne comme un moyen absolu de guérison des déviations, mais comme un auxiliaire qui abrége de beaucoup la durée de la cure.

Dans une des séances suivantes, M. le professeur Carbonai a montré les résultats de sa pratique orthopédique, en produisant à l'appui beaucoup de pièces moulées en plâtre. Il a rapporté des cas heureux d'application de la ténotomie dorsale sous-cutanée, et a terminé, aux applaudissements de toute l'assemblée, en concluant que cefte opération est indiquée dans toutes les déviations de l'épine causées par une véritable rétraction musculaire.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. de

Beaufort, il a été reconnu qu'une série plus nombreuse de faits était nécessaire pour pouvoir se prononcer sur la valeur de l'opération. On a renvoyé la discussion au congrès de Gênes, en comprenant spécialement cette question parmi celles qui y seront discutées l'année prochaine. Mais, en attendant, la majorité des membres a déclaré qu'en l'état actuel des connaissances anatomiques et physiologiques, la crainte exagérée des dangers qui suivent l'opération n'est plus un motif valable pour la contre-indiquer.

Visite faite dans les hôpitaux de Naples par une commission du congrès.

Avant de se séparer, le congrès a voulu marquer le souvenir de son passage à Naples par une visite dans les différents hôpitaux que renferme cette grande cité. Grâce à la manière digne et bienveillante dont les membres chargés de cet office ont rempli leur mission, ce fait a pris place parmi les actes les plus importants et les plus utiles de l'assemblée. Des deux côtés, d'ailleurs, il n'y a qu'à louer et féliciter ceux qui y ont pris part. En proposant cette visite comme un hommage de gratitude dû à la généreuse hospitalité qu'ils avaient reçue, les membres du congrès ont enlevé à cette visite tout semblant offensant d'inspection ou de contrôle ; tout en louant beaucoup, ils ont ainsi pu critiquer quelquefois, et rendre par là de véritables services aux institutions de charité. De leur côté, les médecins et administrateurs des hôpitaux de Naples ont compris l'avantage de faire ainsi comparer leurs établissements avec ceux de toute l'Italie ; ils ont senti tout ce que pourrait y apporter d'améliorations un examen fait sans esprit de dénigrement par des hommes médecins d'hôpitaux eux-mêmes, et habitués aux mille détails pratiques, aux minuties vitales de la bienfaisance hospitalière. Cette espèce de consultation, où ont concouru l'expérience et les lumières de la nation entière, ne sera sans doute pas perdue pour la ville qui en a été l'objet.

Nous n'avons point à donner un compte détaillé de ces visites. Nous tenions surtout à faire ressortir leur but, ainsi que leurs résultats essentiellement empreints du caractère d'utilité et de progrès, et nous l'avons fait d'autant plus volontiers qu'il y a là un exemple à suivre et du bien à recueillir pour toutes les villes qui peuvent devenir un jour le siége de ces réunions scientifiques. Au milieu des faits intéressants qui sont ressortis de cet examen, nous en mentionnerons cependant quelques-uns des plus saillants.

L'hospice des nouveau-nés, à Naples, reçoit chaque année 1,500 enfants. 1,200 environ sont élevés dans l'établissement. L'allaitement artificiel y est depuis longtemps abandonné, et réservé seulement pour les sujets atteints de maladies contagieuses. Ce sont des nourrices attachées à la maison qui leur donnent le sein, et chacune d'elles doit nourrir trois enfants; mais ce nombre est sans contredit trop fort. Une mortalité énorme règne dans cet hospice; elle est, selon les calculs de M. de Renzi, de 77 sur 100. Elle tient presque certainement à l'insuffisance d'alimentation. Aussi la commission du congrès a-t-elle émis le vœu que cette distribution de trois enfants à une seule nourrice cessât désormais, et qu'en outre les nourrissons fussent donnés de préférence à des femmes de la campagne pour être élevés chez elles.

L'hôpital dit *des Incurables* est le plus considérable des hôpitaux civils de Naples; il contient 1,360 lits. Chose étrange et vraiment inconcevable! au premier étage, au milieu de quatre vastes salles, s'en trouve une, de 104 lits, appelée *salle des Moribonds*, et destinée en effet à recevoir les malades qui y sont transportés lorsqu'on juge qu'ils n'ont plus que quelques heures à vivre. La commission s'est élevée, avec autant de force que de raison, contre cette absurde et cruelle coutume, qui, pour épargner aux trois ou quatre malades voisins le spectacle de l'agonie, exile ainsi, dans une sorte de chapelle des condamnés à mort, des individus dans le nombre desquels plusieurs pourraient sans doute échapper à cet arrêt de la science humaine, si leur imagination n'était pas mortellement frappée par l'aspect de ce lieu de tourments. Dans les hôpitaux militaires, il existe aussi une salle affectée à la même destination. Seulement, on lui a imposé le nom moins effrayant de salle des cas graves (*degli aggravati*).

Un autre abus est encore signalé dans la plupart des établissements de Naples. Au lieu de faire dégager le chlore pour désinfecter les salles, ce sont des fumigations aromatiques que l'on emploie. Les miasmes sont ainsi masqués, mais ils subsistent avec toute leur nocuité. La ventilation et l'usage des fumigations chlorurées employées dans presque tous les autres hôpitaux de l'Europe, sont fortement recommandés par la commission.

Dans l'hôpital militaire, le service des infirmiers est fait en partie par des détenus choisis parmi ceux dont la peine est la moindre. Réhabilités ainsi en face d'eux-mêmes par l'exercice de la charité, ils se montrent pleins de zèle pour les malades et reprennent peu à peu le sentiment de leur dignité, jusqu'à ce qu'ils rentrent enfin dans la société, régénérés par le baptême de la

bienfaisance. On leur fait remise de six mois de peine pour chaque année de service dans l'hôpital.

Une opinion assez accréditée à Naples regarde la phthisie pulmonaire comme une maladie contagieuse. Dans plusieurs hôpitaux, il existe des chambres isolées où les phthisiques sont tenus séparés des autres malades.

L'hospice des aliénés d'Aversa, digne, sous beaucoup de rapports, de sa réputation, présente cependant quelques défectuosités. Celle à laquelle on pourrait le plus aisément remédier est l'absence de médecin résidant à poste fixe dans l'établissement. Cet oubli est assurément inconcevable pour une maison qui ne renferme pas moins de 700 malades. Ce n'est pas seulement à Naples qu'on pourrait le signaler, et la commission, qui mentionne comme modèle en ce genre la nouvelle organisation française d'après laquelle tout hospice d'aliénés doit avoir un médecin résidant, aurait pu citer, en France même, plus d'une grande ville où cet article de la loi est encore aujourd'hui transgressé.

— Tels sont les principaux faits et les principales idées qui ont mérité de fixer l'attention dans le congrès scientifique de Naples. Nous mentionnerons, en terminant, quelques délibérations de l'assemblée.

Contagion de la peste; utilité des lazarets.

La peste, qui a le privilége des préoccupations publiques depuis qu'on s'occupe à décider si on doit ou si on ne doit pas supprimer les quarantaines, la peste a conservé, devant le congrès de Naples, son ancienne réputation : elle a été déclarée contagieuse, et par conséquent assez redoutable pour que le comité de santé et les lazarets ne renoncent pas à leurs mesures de rigueur. Les statistiques, qui avaient une si grande valeur aux yeux de la classe la plus nombreuse des médecins, dans ces dernières années, sont toujours en grand honneur en Italie; une commission a émis le vœu qne les souverains des divers Etats de la Péninsule ordonnassent les mesures nécessaires pour obtenir régulièrement les statistiques annuelles de tous les hôpitaux grands et petits. D'autres commissions, qui avaient été nommées dans les congrès précédents, ou ont fait leurs rapports, ou se sont adjoint de nouveaux membres, afin de préparer leur travail pour le prochain congrès.

Siége du congrès de 1846 ; *programme des questions.*

La huitième session du congrès en Italie aura lieu en 1846 à Gênes. Le corps municipal de cette ville, désireux de donner une

preuve de sa reconnaissance aux savants qui l'ont choisie pour le siége de leur réunion, et voulant en même temps que rien n'y manque de ce qui peut rendre ces assemblées plus utiles pour les sciences et les arts, a cru nécessaire de voter une somme de six mille livres de Piémont, destinée à subvenir aux frais des expériences que les membres du congrès jugeront à propos d'instituer.

Programme arrêté des questions qui seront discutées en 1846 *dans le huitième congrès, à Gênes.*

1° La pelviotomie, exécutée avec les modifications les plus avantageuses de son procédé opératoire, doit-elle être préférée à l'opération césarienne, dans quelques cas déterminés?

2° Décider si l'inflammation gangréneuse profonde du tissu cellulaire sous-cutané, causée par la morsure du *dragœa drago*, vulgairement nommé par les pêcheurs italiens *tracina*, doit être considérée comme l'effet d'un principe vénéneux de cet animal, ou comme la conséquence de la plaie par morsure.

3° A. Déterminer quels sont le volume et la nature des calculs vésicaux qui excluent la lithotritie. — B. Déterminer quel est le volume des calculs qui peuvent être extraits par la méthode sous-pubienne, et quel est le meilleur procédé opératoire à employer.

4° A. Déterminer les cas de déviation de la colonne vertébrale qui dépendent de la rétraction des muscles sacro-spinaux. — B. Dire si, dans ces cas, la myotomie peut rationnellement être pratiquée, et quels avantages on en peut obtenir.

5° Déterminer si, dans le cas où une femme a déjà accouché plusieurs fois, dans le cours du huitième mois, d'un enfant mort, il convient de provoquer l'accouchement prématuré dans les grossesses suivantes.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 2 MARS.

Jeune fille électrique. M. Tanchou adresse la lettre suivante :

Les phénomènes électriques *que je crois pourtant avoir bien observés* chez la fille Cottin, les 13 et 14 février, ayant fait naître des contestations, j'ai voulu les constater de nouveau les 19 et 24 du même mois devant des personnes graves et éclairées ; je dois déclarer que toutes les tentatives faites à cet égard ont été nulles ou presque nulles. Je crois donc prudent de rentrer dans le doute, et d'attendre de nouvelles

épreuves pour se faire une opinion sur des effets d'ailleurs si variables et si fugitifs de leur nature.

Développement de la substance minérale dans le système osseux. — M. Boussingault lit un travail intitulé : *Recherches sur le développement de la substance minérale dans le système osseux du porc.*

M. Boussingault examine d'abord quelles sont la quantité et la nature des substances minérales contenues dans le squelette du porc à trois différents âges, et ensuite si la nourriture suffit, dans tous les cas, pour fournir les éléments indispensables à la formation des os.

Trois porcs pesaient chacun, lors de la naissance, 0 kil. 65. Le premier, tué immédiatement après sa sortie de la mère, a donné un squelette qui, desséché, a pesé 48 gr. 25 : on en a obtenu 20 gr. 73 de cendres. Le deuxième et le troisième ont été élevés au régime ordinaire de la porcherie jusqu'à l'âge de 8 mois. Le deuxième pesait alors 60 kil. 55 ; le troisième, 60 kil.

Le deuxième a été abbattu ; le poids de son squelette était de 2 kil. 901 ; le poids des cendres, 1 kil. 358.

A partir de cette époque, on a nourri le troisième uniquement avec des pommes de terre délayées dans l'eau. Après quatre-vingt-treize jours de ce régime, durant lequel il avait consommé 544 kil. de pommes de terre, le porc a pesé 67 kil. 24 ; ses os, 3 kil. 407 ; les cendres, 1 kil. 586.

En recherchant avec ces données quel a été l'accroissement dans la matière minérale du squelette, on constate les faits suivants :

Pour le deuxième, dans les huit premiers mois, l'assimilation a été :

Acide phosphorique. .	582 gr,	Chaux.	701 gr.
Id. par jour	2,4	Id. par jour.	2,8

Pour le troisième, dans les quatre-vingt-treize jours comptés à partir du huitième mois, l'assimilation a été :

Acide phosphorique. .	129 gr.	Chaux. . . .	150 gr.
Id. par jour	1,4	Id. par. jour.	1,6

On voit que le développement du système osseux a été surtout très-rapide dans les huit mois qui ont suivi la naissance, et qu'ensuite l'assimilation des principes terraux s'est considérablement ralentie. Dans la première période, la nourriture variée et abondante renfermait bien au delà des quantités d'acide phosphorique et de chaux qui ont été faites dans l'organisme ; mais il n'en a plus été ainsi dans la période suivante, pendant laquelle le troisième porc a été mis au régime exclusif des pommes de terre. En effet, les 544 kil. de tubercules consommés par lui contenaient 615 gr. d'acide phosphorique, et seulement 98 gr. de chaux. On a donc rencontré, dans les os développés pendant les trois mois et

demi du régime exclusif, 52 gr. de chaux de plus qu'il n'en existait dans l'aliment. Cette différence sera plus considérable encore si l'on tient compte de la chaux qui faisait partie des déjections. Mais l'eau dont il a été fait usage pour délayer les pommes de terre n'est pas exempte de chaux, ainsi que l'a démontré l'analyse. La proportion de chaux trouvée dans cette eau, jointe à celle que contenait la nourriture, représente, en définitive, à 9 ou 10 gr. près, le nombre qui exprime la chaux fixée et excrétée.

De ce qui précède, il résulte la preuve de l'intervention des substances salines de l'eau dans l'alimentation, qui, sans leur concours, aurait été insuffisante, puisque la pomme de terre ne contient pas, à beaucoup près, la dose de chaux indispensable à la formation des os.

Nature et mode de formation des concrétions polypiformes du cœur. — M. Parchappe, professeur de physiologie à Rouen, adresse un mémoire sur la nature et le mode de formation des concrétions polypiformes du cœur.

Toute la pathologie des concrétions du cœur, dit M. Parchappe, est dominée par ces deux questions : Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui permettent de distinguer les concrétions formées pendant la vie, ou concrétions pathologiques, des concrétions postérieures à la mort, ou concrétions cadavériques ? Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui permettent de distinguer les concrétions sanguines ?

Des caractères anatomo-pathologiques positifs séparent les excroissances des concrétions ; et ces caractères sont l'adhérence par continuité de tissu et la vascularisation, qui appartiennent réellement aux excroissances, et ont été à tort attribuées aux concrétions.

Il y a des caractères différentiels propres à faire distinguer facilement et sûrement les productions antérieures à la mort, ou concrétions pathologiques, des productions postérieures à la mort, ou concrétions cadavériques.

L'auteur conclut des diverses recherches qu'il a faites sur la nature des concrétions du cœur, sur les conditions de la formation de ces productions concrètes, sur le mécanisme de la formation première et de la transformation successive des concrétions sanguines du cœur, etc., que l'action mécanique des mouvements du cœur et des mouvements du sang sur le coagulum doit avoir pour effet de donner naissance à un corps qui se continue de l'oreillette, par l'orifice auriculo-ventriculaire dans le ventricule, jusqu'à l'orifice artériel ; qui adhère, par des prolongements fibrinaux sous forme de racines, au fond de la cavité ventriculaire et dans les anfractuosités de ses parois et de ses liens d'autre part ; qui soit libre et comme flottant dans l'ouverture auriculo-ventri-

culaire, dans l'intervalle des colonnes, dans l'ouverture de communication des deux chambres, dans l'ouverture de l'orifice artériel et dans toutes les parties de la cavité à parois lisses ; qui entoure extérieurement l'appareil valvulaire comme par une gaîne adhérente aux radiations tendineuses et à la surface ventriculaire de l'anneau. La doctrine qui assimile les concrétions du cœur à des pseudo-membranes, produits d'une exsudation inflammatoire de l'endocarde, doit être abandonnée comme n'étant justifiée ni par l'état des surfaces, ni par la nature des concrétions, ni par la nature des symptômes observés pendant la vie.

Emploi du sulfate de quinine par la méthode pharyngienne. — M. Ducros adresse un mémoire sur l'emploi du sulfate de quinine par la méthode buccale et pharyngienne contre les fièvres intermittentes, qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Le sulfate de quinine, employé dans l'éther sulfurique en friction sur la langue, sur le voile du palais, sur le dedans des joues, au plancher vertébral du gosier, produit une salivation abondante avec une amertume très-prononcée à la dose de 5 centigr., et cette dose amène une réaction sur la moelle épinière plus forte que si l'on poussait la dose à 2 grammes par l'intromission stomacale ou intestinale.

2° Ce qui caractérise l'action du sulfate de quinine d'après la méthode buccale, c'est la presque instantanéité d'action, soit dans les fièvres intermittentes pernicieuses, soit dans les fièvres intermittentes simples, soit dans les tics douloureux temporo-faciaux.

3° Cette instantanéité d'action thérapeutique est surtout importante dans les fièvres intermittentes pernicieuses ; tandis que, par les autres méthodes, le sulfate de quinine doit, pour agir, être administré plusieurs heures avant l'accès, par la méthode buccale, il suffit qu'il soit donné une demi-heure avant la manifestation de l'accès.

4° L'avantage le plus grand du sulfate de quinine employé à faible dose, d'après la méthode buccale, gît surtout dans la non-*intoxication*.

5° L'instantanéité d'action du sulfate de quinine dans les névralgies temporo-faciales offre encore un avantage thérapeutique précieux.

SÉANCE DU 9 MARS.

Jeune fille électrique. — M. Arago rend compte dans les termes suivants de la manière dont la commission chargée d'examiner la jeune fille électrique a rempli sa mission.

Dans la séance du 16 février dernier, l'Académie reçut de M. Cholet et de M. le docteur Tanchou, deux notes relatives à des facultés extraordinaires qui, disait-on, s'étaient développées depuis environ un mois, chez une jeune fille du département de l'Orne, Angélique Cottin, âgée de 14 ans. L'Académie, conformément à ses usages, chargea une com-

mission d'examiner les faits annoncés et de lui rendre compte des résultats. Nous allons, en très-peu de mots, nous acquitter de ce devoir.

On avait assuré que mademoiselle Cottin exerçait une action répulsive très-intense sur les corps de toute nature, au moment où une partie quelconque de ses vêtements venait à les toucher. On parlait même de guéridons renversés à l'aide du simple contact d'un fil de soie.

Aucun effet appréciable de ce genre ne s'est manifesté devant la commission.

Dans les relations communiquées à l'Académie, il est question d'une aiguille aimantée qui, sous l'influence du bras de la jeune fille, fit d'abord de rapides oscillations et se fixa ensuite assez loin du méridien magnétique.

Sous les yeux de la commission, une aiguille délicatement suspendue n'a éprouvé, dans les mêmes circonstances, ni déplacement permanent ni déplacement momentané.

M. Tanchou croyait que mademoislle Cottin avait la faculté de distinguer le pôle nord d'un aimant du pôle sud, en touchant simplement ces deux pôles avec les doigts.

La commission s'est assurée, par des expériences variées et nombreuses, que la jeune fille ne possède pas la prétendue faculté qu'on lui avait attribuée de distinguer par le tact les pôles des aimants.

La commission ne poussera pas plus loin l'énumération de ses tentatives avortées. Elle se contentera de déclarer, en terminant, que le seul fait annoncé qui se soit réalisé devant elle est celui de mouvements brusques et violents éprouvés par les chaises sur lesquelles la jeune fille s'asseyait. Des soupçons sérieux s'étant élevés sur la manière dont ces mouvements s'opéraient, la commission décida qu'elle les soumettrait à un examen attentif. Elle annonça, sans détour, que ses recherches tendraient à découvrir la part que certaines manœuvres habiles et cachées des pieds ou des mains pourraient avoir eue dans le fait observé. A partir de ce moment, il nous fut déclaré que la jeune fille avait perdu ses facultés attractives et répulsives, et que nous serions prévenus aussitôt qu'elles se représenteraient. Bien des jours se sont écoulés depuis lors, et la commission n'a point reçu d'avertissement. Nous avons appris cependant que mademoiselle Angélique Cottin est journellement conduite dans des salons, où elle répète ses expériences.

Dans ces circonstances, la commission est d'avis que les communications transmises à l'Académie au sujet de mademoiselle Cottin doivent être considérées comme non avenues.

Nécroses des os de la face produites par les vapeurs du phosphore. — M. Sédillot (de Strasbourg) adresse quelques observations de nécroses des os de la face et d'affections pulmonaires survenues à des ou-

vrières employées à la fabrication des allumettes chimiques. Ces observations, recueillies dans son service, ont porté sur des lésions graves auxquelles l'une des malades a succombé. L'examen microscopique a permis de constater l'étendue et la nature des altérations, et d'étudier le mécanisme des réparations commencées.

Nous extrairons, des observations que rapporte M. Sédillot, les circonstances les plus saillantes :

La nommée L. S., âgée de 20 ans, travaille depuis quatre ans dans une fabrique d'allumettes chimiques. Plusieurs de ses compagnes sont, dit-elle, atteintes d'une affection semblable à la sienne. Elle raconte qu'il y a deux ans, à la suite de l'avulsion d'une dent cariée, elle éprouva un gonflement douloureux des gencives et de la joue du côté gauche, et que bientôt il se manifesta une assez abondante suppuration. D'abord peu étendu et limité au siége de la dent enlevée, le gonflement envahit bientôt toute la joue et le pourtour de l'orbite. Croyant trouver la cause de la persistance de son mal dans la présence d'une nouvelle dent cariée, elle se fit faire l'avulsion de cette dernière. Les accidents, au lieu de s'amender, prirent une marche plus rapide : du pus se fit jour à l'extérieur par diverses ouvertures, et notamment par la peau, vers le rebord orbitaire inférieur, d'où la malade dit avoir extrait deux ou trois petites esquilles, et où l'on voit aujourd'hui une cicatrice adhérente et déprimée. Successivement les dents s'ébranlèrent et tombèrent une à une ; les gencives tuméfiées, soulevées par le pus que la malade faisait sourdre par une légère pression, se rétractèrent, et le bord alvéolaire fut mis à nu.

Le 9 juillet 1845, la face est bouffie, le teint pâle et terreux, la peau sèche et exhalant une certaine odeur sulfureuse. A l'inspection de la bouche, on aperçoit le bord alvéolaire supérieur gauche privé des molaires et des incisives, saillant, dénudé, ainsi que la voûte palatine dans ses trois quarts gauches. La fosse canine, jusqu'à l'orbite, offre un aspect grisâtre, sec et luisant, résonnant à la percussion du stylet et mobile ; en arrière, le voile du palais est détruit. Le tout est baigné d'un ichor des plus fétides, que la pression fait sortir en différents points. La malade a maigri ; la voix est nasonnée, peu intelligible ; la déglutition se fait encore facilement.

Le lendemain, M. Sédillot saisit le séquestre avec de fortes pinces et amène au-dehors tout le maxillaire supérieur gauche avec les cornets inférieur et moyen, l'entrée du canal nasal, le rebord orbitaire, l'intermaxillaire et la presque totalité de l'apophyse palatine du maxillaire droit, les apophyses horizontales des deux palatins avec la partie montante de celui du côté gauche. La malade rejette une grande quantité de matières ichoreuses horriblement fétides ; point d'écoulement de sang, peu de douleur.

La vaste excavation fermée en avant par la joue offre, dans les autres points, des parois solides, non saignantes, et comme recouvertes d'une véritable muqueuse. La voix et la déglutition s'exécutent comme avant l'extraction. La malade sort de l'hôpital le 1er août.

On a pu retrouver cette fille et constater par conséquent, six mois après l'opération de M. Sédillot, l'état des parties. La lèvre supérieure et la joue gauche sont un peu affaissées. Il existe, au bord orbitaire inférieur, une cicatrice adhérente qui abaisse un peu la paupière inférieure sans la renverser; léger larmoiement; l'œil est sain et les mouvements bien conservés. La peau de la joue est peu sensible (le nerf sous-orbitaire a dû être détruit en même temps que le plancher de l'orbite). L'énorme cavité laissée par l'enlèvement de la plus grande partie des os de la face ne s'est pas notablement rétrécie. Le doigt introduit par la bouche va comprimer l'œil à sa base, et un stylet est senti à travers la peau dans le sac lacrymal. Le vomer fait saillie inférieurement et borne à droite la cavité; le sinus maxillaire droit est ouvert par la disparition d'une partie de sa paroi inférieure. Toutes les surfaces sont recouvertes d'une membrane rouge, résistante, ayant tout à fait l'apparence d'une muqueuse.

Une seconde malade, sœur de la précédente, ayant travaillé à la même fabrique et pendant le même temps, entra à la clinique offrant une nécrose du maxillaire supérieur gauche, qui nécessita l'extraction de plusieurs dents molaires et de trois ou quatre esquilles.

Enfin, une troisième malade, placée dans les mêmes circonstances, fut atteinte de nécrose du maxillaire supérieur gauche avec ostéite du maxillaire inférieur; elle était en même temps en proie à une phthisie pulmonaire à laquelle elle succomba. Voici l'état que présentèrent les pièces à l'autopsie. Le maxillaire inférieur gauche offrait, vers le trou dentaire postérieur et la dernière molaire, une excavation à fond rugueux inégal, pouvant contenir une aveline, rempli par du pus noirâtre au milieu duquel macérait le bout du nerf dentaire inférieur, qui était interrompu dans sa continuité. Au pourtour, le tissu osseux est rouge et injecté, et le périoste se décolle facilement. Dans la vaste cavité occupée primitivement par les portions d'os enlevées, on trouve que des lames de tissu fibreux assez irrégulières partent de la partie postérieure de la voûte palatine épargnée par la nécrose, et se rendent vers l'extrémité antérieure et inférieure du vomer, de façon à former, surtout en avant et à droite, incomplétement il est vrai, comme un nouveau plancher inférieur des fosses nasales; quelques incrustations indiquent un commencement d'ossification. En disséquant le périoste qui recouvre la fosse sphéno-maxillaire et la pommette, on trouve qu'il se continue avec un plan fibreux résistant qui forme la paroi antérieure et latérale

du sinus, et donne attache aux muscles zygomatiques et ptérygoïdiens. Le tiers moyen du plancher de l'orbite et du bord inférieur, où est compris le canal sous-orbitaire, est rugueux, grisâtre et baigné de pus. Quelques parcelles s'en séparent sous forme d'esquilles : ce sont celles que l'on sentait avec le stylet ; le tout est recouvert également d'un plan fibreux se continuant aussi avec le périoste et maintenant les insertions musculaires, comme on le voit pour le muscle petit oblique de l'œil. La partie supérieure du canal lacrymal est intacte, la paroi externe gauche des fosses nasales existe avec les cornets antérieur et moyen. Le nerf sous-orbitaire macère dans la sanie ; on n'en reconnaît plus de trace en dehors du canal sous-orbitaire.

SÉANCE DU 16 MARS.

Action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes. — M. Bonjean (de Chambéry) adresse une nouvelle note sur l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes.

Dans ses précédentes communications, l'auteur a fait connaître les expériences qu'il avait entreprises relativement à l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes, expériences qui lui avaient fait voir que l'ergotine arrête l'hémorrhagie quelques minutes après son application sur les plaies faites aux vaisseaux sanguins, aux veines, comme aux artères. Mais comme les animaux opérés avaient été sacrifiés peu de jours après l'expérience, il n'avait pas été possible de calculer et de connaître les suites de ces sortes d'opérations, ni de prévoir les chances heureuses des premiers résultats obtenus. Il importait de savoir, avant tout, s'il y avait cicatrisation, oblitération des artères, de quelle manière enfin la chose se passait.

Voici l'expérience que M. Bonjean a faite pour lever tous ces doutes :

Le 20 août 1845, avec le concours de MM. Chevallay et Besson, on a ouvert, à l'aide d'un bistouri, l'artère carotide gauche d'un mouton âgé de 6 mois. Comme dans les expériences précédentes, le sang a été arrêté par l'application sur la plaie de tampons de charpie imbibés d'une dissolution d'ergotine marquant 5° au pèse-sirop. Au bout de vingt-cinq minutes, tout était terminé, Le 25 octobre suivant, on a ouvert la carotide droite du même mouton, dont la santé, depuis la première opération, était parfaite. Pendant cette dernière expérience, on a blessé, sans le vouloir, la veine jugulaire et deux ou trois petits vaisseaux sanguins auxquels il a été fait une ligature, pensant obtenir un résultat plus prompt en concentrant davantage la dissolution d'ergotine. Le succès ne fut pas douteux. Au bout de sept minutes, le tampon de charpie put être enlevé : le sang ne coulait plus, et à dater du moment de l'incision faite à l'artère, en vingt minutes la peau était recousue et l'animal sur pied. M. Bonjean a remarqué que la dissolution d'ergotine ainsi

concentrée avait eu pour résultat de fournir un caillot plus dense et plus résistant.

Depuis cette époque, ce mouton a continué de vivre, sans que le plus léger incident ait troublé ses fonctions. Avant de sacrifier l'animal pour constater l'état des vaisseaux, l'auteur a voulu soumettre ces faits à l'appréciation de la commission, et lui demander ses instructions.

Effets physiologiques de l'éther sulfurique d'après la méthode pharyngienne, — M. Ducros adresse un mémoire intitulé : *Etude physiologique de l'éther sulfurique, d'après la méthode buccale et pharyngienne, chez l'homme et chez les animaux.*

Il résume son mémoire par les propositions suivantes :

1° L'éther sulfurique employé en frictions d'après la méthode buccale et pharyngienne amène chez des animaux du genre gallinacé un sommeil instantané caractérisé par la fermeture des yeux, par le hissement des plumes ;

2° Au milieu de ce sommeil, donne-t on de la morphine, de l'acétate de morphine, de l'extrait gommeux d'opium, au lieu d'augmenter le sommeil, on le détruit instantanément ; d'où M. Ducros conclut que les préparations opiacées sont des antidotes de l'éther sulfurique chez le genre gallinacé ;

3° Mais dans les empoisonnements opiacés, donne-t-on de l'éther, on augmente l'empoisonnement ;

4° L'éther soporifère, d'après la méthode buccale et pharyngienne dans le genre gallinacé, jouit des mêmes propriétés chez les autres animaux et chez l'homme ;

5° Dans les hypochondries avec manque de sommeil, avec douleurs vagues à la poitrine, au bas-ventre, l'éther sulfurique employé d'après la méthode buccale et pharyngienne en frictions sur le voile du palais, sur les amygdales, au plancher vertébral du gosier, procure un sommeil agréable, calme les douleurs, et il jouit surtout de ces avantages, lorsqu'au milieu de la surexcitation nerveuse les narcotiques n'ont contribué qu'à augmenter l'excitabilité générale ;

6° Dans les éclamspies des femmes en couches ou en travail d'enfantement, dans les convulsions des nouveau-nés, dans les attaques hystériques, dans les accès épileptiformes avec complication de trismus, de resserrement des dents, et avec spasme de l'œsophage, il est impossible de faire avaler des remèdes : au moyen d'un pinceau imbibé d'éther sulfurique, si l'on frictionne la cavité buccale et pharyngienne, on arrête le plus souvent des attaques nerveuses qui peuvent devenir mortelles par leur continuité.

SÉANCE DU 23 MARS.

Des différences que présentent les phénomènes de la digestion et

de la nutrition chez les animaux herbivores et carnivores. — M. Bernard (de Villefranche) adresse sous ce titre un travail dans lequel il s'est proposé d'examiner, au point de vue physiologique, si les différences anatomiques qui existent entre les animaux carnivores et les herbivores apportent des modifications profondes dans les phénomènes de la digestion et de la nutrition. Voici les principaux résultats auxquels il est arrivé sur ce sujet.

Les différences principales qu'on observe chez les animaux herbivores et carnivores pendant l'acte de la digestion et de l'assimilation sont relatives au chyme, au chyle et aux urines.

Chez un grand nombre d'animaux (chiens) nourris exclusivement avec de la viande cuite ou crue, et sacrifiés pendant le travail de la digestion, l'auteur a constamment trouvé :

1° La bouillie alimentaire, ou le chyme *acide* dans l'intestin grêle;

2° Le chyle *opaque* bien *homogène* et d'un *blanc laiteux;*

3° Les urines *claires*, de couleur ombrée et à réaction nettement *acide.*

Sur d'autres animaux (lapins), nourris exclusivement avec des substances végétales (herbes ou carottes), et observés dans les mêmes circonstances, il a toujours vu :

1° Le chyle alcalin dans l'intestin grêle ;

2° Le chyle clair comme la lymphe et offrant à peine quelquefois une légère teinte opaline dans le canal thoracique.

3° Les urines *troubles blanchâtres* et à réaction *très-alcaline.*

Les différences signalées précédemment dans le chyme, le chyle et les urines des herbivores et des carnivores ne dérivent pas d'une différence d'organisation dans ces animaux. Pour le démontrer, M. Bernard a pris deux chiens et deux gros lapins en digestion et présentant dans leurs urines les caractères différentiels indiqués plus haut; il a soumis ces animaux à une diète absolue, et au bout de trente-six à trente-huit heures les différences si tranchées qui existaient l'avant-veille entre l'urine des chiens et celle des lapins avaient complétement disparu, et les urines des quatre animaux étaient alors *claires ambrées* et à réaction *très-acide.* Cette expérience, qu'il a reproduite un très-grand nombre de fois et toujours avec les mêmes résultats, prouve évidemment qu'en dehors de l'alimentation *les urines présentent primitivement la même réaction et la même apparence chez les herbivores et les carnivores.*

Il existe un rapport constant entre la nature du chyme, du chyle et la réaction des urines. La physiologie peut retirer de ce fait des indications fort importantes. Si l'on injecte lentement dans le sang, à l'un une dissolution de sucre de canne, à l'autre une dissolution de sucre de raisin, on observe qu'au bout de très-peu de temps les urines de ce der-

nier sont devenues louches et alcalines, tandis que celles du premier animal n'ont pas changé d'apparence ni de réaction.

Quand on fait la section de la huitième paire de nerfs chez un animal qui digère, la digestion sera arrêtée, et les urines reprendront en très-peu d'instants les caractères qu'elles avaient à jeun, et deviennent claires et acides, de louches et alcalines qu'elles étaient. Quand on coupe les nerfs avant que la digestion soit commencée, elle ne s'effectue pas du tout. La section de ces nerfs arrête complétement la digestion.

Nouveau signe pour distinguer la mort réelle de la mort apparente. — M. Ripault (de Dijon) fait connaître à l'Académie la découverte qu'il croit avoir faite d'un nouveau signe de la mort, découverte que sa position de médecin vérificateur des décès dans la ville de Dijon l'a mis en mesure de faire. Ce signe avait déjà été mentionné par l'auteur dans une brochure qu'il a publiée en 1841. Voici en quoi il consiste.

Il suffit, dit M. Ripault, d'exercer une pression assez forte avec le doigt sur la paupière inférieure, de manière à refouler, en l'élevant, tout le globe oculaire que soutient la main opposée, en lui offrant un point d'appui résistant par en haut, et au-dessous de la demi-circonférence supérieure de l'orbite. Cette petite manœuvre fait aussitôt obtenir un changement dans le disque de la prunelle, changement qui modifie, non pas les dimensions de cette dernière, comme pendant la vie, mais seulement la forme de son ouverture. Au lieu d'être orbiculaire, l'ouverture de la pupille devient alors elliptique en travers, ou obliquement, ou même enfin plus ou moins irrégulièrement circulaire, selon la forme employée par le doigt de l'observateur.

Note sur un cas curieux d'héméralopie. — M. Magne a communiqué à l'Académie une note relative à un cas curieux d'héméralopie auquel il a cru pouvoir assigner une étiologie qui a suscité quelque hilarité dans le sein de l'Académie. Voici le fait :

M. C..., employé des tabacs à Aiguillon (Lot-et-Garonne), est venu me consulter, dit M. Magne, pour une héméralopie. Une opinion répandue dans le peuple, c'est que les dindons cessent de voir pendant la nuit. La chose est-elle exacte ? Je n'ai pas à m'en occuper. Ce qu'il y a de certain, c'est que la mère de mon malade, pénétrée de cette idée que les dindons cessent de voir pendant la nuit, rencontra un troupeau de ces volatiles durant sa grossesse ; elle eut l'envie non satisfaite d'en croquer au moins un, et mon malade vint au monde héméralope, avec une crête de dindon sous l'aisselle droite : cette crête, ainsi que le disait ma note, est flasque, pendante, granulée et d'une longueur d'environ 7 à 8 millimètres ; elle n'a nullement les caractères d'une tumeur érectile.

M. Magne ajoute que M. Dechambre, qui a eu l'occasion de voir un grand nombre de monstruosités, lui a dit avoir vu plusieurs exemples qui pouvaient offrir avec celui-ci quelque analogie.

Surdité complète survenue à la suite d'une fracture comminutive du crâne. — M. Bonnafont fait part à l'Académie d'une cure de surdité complète survenue depuis un an à la suite d'une fracture comminutive du crâne. Cette affection, portée à un degré tel que le malade n'entendait même pas la détonation d'un canon, et que, pendant huit mois, il n'a pu avoir de relations que par écrit, a cédé à l'action du galvanisme et aux insufflations gazeuses ammoniacales par la trompe d'Eustache.

Digestion. — M. Payen, au nom d'une commission composée de MM. Magendie, Flourens, Milne Edwards, Payen, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Mialhe, intitulé : *De la digestion et de l'assimilation des matières amyloïdes et sucrées.*

L'auteur, rappelant les notions admises actuellement en ce qui concerne la désagrégation des substances azotées dans les voies digestives, dit que cette sorte de liquéfaction s'opère par le concours d'un acide et de la pepsine, phénomène comparable à celui de la diastase agissant sur l'amidon.

Que si l'on peut en outre concevoir comment, sous l'influence de la bile ou d'un agent spécial qu'elles renfermeraient, les matières grasses deviennent miscibles à l'eau et assimilables à leur tour, on est beaucoup moins avancé dans la connaissance des réactions qui peuvent disposer les matières féculentes et sucrées à prendre part à l'alimentation.

Ce fut surtout cette lacune qu'il se proposa de remplir.

Avant de juger les résultats obtenus sur ce point par M. Mialhe, M. le rapporteur complète l'historique de cette importante question en recherchant les faits constatés par les travaux de Spallanzani, de Tiedmann et Gmelin, de Leuch, Sébastian, Lehman, etc., travaux desquels il résulte que le fait de la dissolution et de la saccharification de l'amidon par la salive était bien établi, mais qu'on n'avait pas découvert l'agent spécial du phénomène.

Les nombreuses expériences de M. Mialhe, poursuit M. le rapporteur, ont changé la face de la question : en éclaircissant plusieurs points douteux dans les réactions de la salive humaine ; en y découvrant un principe actif de la transformation des substances amylacées ; en démontrant enfin que ce principe offre la plus grande analogie, si ce n'est une identité complète, avec la diastase. On sait que la végétation développe ce principe toutes les fois que les dépôts amylacés doivent être dissous et traverser les tissus pour servir à de nouvelles formations organiques.

Afin de mieux étudier l'action de la salive sur l'amidon, M. Mialhe a constaté la transformation ultime en glucose, à l'aide de la saveur sucrée, de la propriété fermentescible, de la coloration brune sous l'influence des solutions alcalines chauffées, enfin de la réduction du

bioxyde de cuivre dans les sels, ou l'hydrate en présence de la potasse (1).

Ces derniers réactifs donnent des indications assez rapides pour que vos commissaires aient pu vérifier les principales observations de l'auteur : la transformation partielle de l'amidon cru sous l'influence de la salive exigea seule de maintenir les corps en présence durant vingt-quatre heures à la température de 40 degrés centésimaux ; mais un appareil réglé à cette température nous permit de constater, au bout de ce temps, l'effet annoncé.

La réaction sur l'amidon broyé fut plus grande et moins lente ; la transformation se fit rapidement à la température de 45 degrés, lorsque l'hydratation eut été préalablement obtenue à 100 degrés, soit que l'on agît sur l'empois, sur la mie du pain ordinaire ou sur le pain azyme ; enfin, le phénomène de la saccharification fut instantané lorsque l'on soumit à la salive le liquide amylacé filtré à chaud.

Nous avons pu extraire de la salive humaine filtrée le principe actif, et constater son action en suivant les procédés indiqués par l'auteur.

Le mode d'extraction et les phénomènes reproduits sur l'amidon dans ses états différents sont tellement semblables à ce qu'on a observé dans la recherche et l'étude du principe actif des céréales, que l'auteur s'est empressé de comparer, dans toutes leurs propriétés, ces agents des deux règnes.

Il n'a pu déceler la moindre dissemblance entre eux, et, en extrayant de la salive le principe actif, avec toutes les précautions indiquées relativement à la diastase végétale, il a obtenu une diastase animale, douée d'une égale énergie, capable de dissoudre et de saccharifier deux mille fois son poids d'amidon, ayant aussi son maximum d'action en présence de l'eau, et à la température de 70 à 80 degrés centésimaux ; elle était également neutre, sans saveur, inerte enfin, comme l'autre diastase, sur tous les autres principes immédiats essayés. Les mêmes réactifs qui font cesser la réaction de la diastase, notamment le tanin, les bases solubles, les acides en certaines proportions, la créosote et divers sels métalliques, annulent aussi le pouvoir de la diastase animale. Son altération spontanée donna lieu également à une production acide, et, de même encore que la diastase des végétaux, sa dissolution aqueuse perdit sa propriété distinctive par la seule élévation de la température jusqu'à 100 degrés.

Un aussi grand nombre de caractères communs, de propriétés semblables, paraissaient autoriser à considérer l'agent spécial de la disso-

(1) Dans l'acétate de cuivre, la réduction s'opérerait à chaud par une simple addition de glucose, et il se dégagerait alors de l'acide acétique ; mais le phénomène est bien plus prompt lorsque l'on ajoute un peu d'alcali.

lution du principe amylacé comme identique dans les deux règnes; M. Mialhe a préféré laisser la question indécise. Nous devons louer sa réserve, car, avant de se prononcer, il faudrait encore pouvoir comparer la composition élémentaire dans les produits des deux origines, et il est bien difficile d'obtenir parfaitement purs ces corps incristallisables et prompts à s'altérer tant qu'ils sont humides.

Il nous semble donc convenable, en attendant, d'admettre avec l'auteur une diastase animale ou salivaire agissant dans une voie parallèle à celle de la diastase végétale, produisant de semblables effets catalytiques.

Quoi qu'il en soit, les résultats nouveaux seront féconds en conséquences importantes pour les progrès de la physiologie : ils répandent une clarté évidente parmi les conclusions vagues ou inexactes des observations précédentes. Ainsi on ne dira plus, avec les auteurs cités plus haut, que chacun des principes de la salive, isolément, n'agit pas sur l'amidon, tandis que la réunion de ces substances offre une propriété dissolvante énergique; on devra reconnaître que la ptyaline, telle qu'on l'avait préparée jusqu'ici, avait perdu sa propriété la plus importante : elle ne préexiste donc réellement pas dans la salive, car elle ne semble être autre chose que de la diastase animale altérée et devenue inerte.

Dans la voie plus sûre où M. Mialhe est entré, il reste sans doute à recueillir des faits importants et des applications intéressantes; nous en trouverons quelques exemples dans les mémoires renvoyés depuis à la même commission et dans d'autres communications subséquentes.

Il nous reste à rendre compte à l'Académie d'une deuxième série d'observations contenues dans le mémoire de M. Mialhe; elles forment la suite naturelle des faits que nous venons d'exposer.

L'auteur, tout en montrant, le 31 mars 1845, quel est le principe de la transformation en glucose des substances amylacées et de la cellulose peu agrégée dans l'économie animale, indiquait l'un des principaux effets de cette transformation ; il a puisé cette indication même dans les vues qu'il avait exposées dès le 15 avril 1844.

Admettant d'abord que l'influence des alcalis donne aux solutions de glucose le pouvoir de réduire le bioxyde de cuivre, et considérant dès lors que l'assimilation des substances amyloïdes et sucrées n'est possible qu'en présence des alcalis, M. Mialhe attribuait l'affection diabétique au défaut d'assimilation du sucre plutôt qu'à une production exagérée de ce principe immédiat.

Ces vues nouvelles, d'accord avec un assez grand nombre d'anciennes observations pratiques, semblaient conseiller d'associer au régime animalisé, et le moins féculent possible, l'emploi des bases alcalines ou de leurs carbonates, de la magnésie, ou même de l'eau de chaux.

A l'appui de cette ingénieuse hypothèse, M. Mialhe montre combien

la présence d'une base alcaline, déjà employée dans le procédé de Frommerz, hâte ou détermine l'action désoxydante des solutions de glucose. Une réaction analogue, nécessaire pour que les matières sucrées prennent part à la nutrition, lui paraît entravée, dans les affections diabétiques, par un défaut plus ou moins grand de base alcaline qui occasionnerait l'excrétion plus ou moins abondante de glucose, et correspondrait à des états plus ou moins graves de la maladie.

L'auteur reconnaît, dans un trouble indéterminé des fonctions, ce défaut lui-même d'alcalinité du sang, et de là le retour des phénomènes morbides lorsque la médication alcaline cesse.

Des exemples de guérison ou d'amélioration notable sous l'influence de la méthode indiquée sont décrits par l'auteur et paraissent dignes d'intérêt ; mais ils ne sont pas nombreux : toutes les circonstances des phénomènes, si complexes d'ailleurs, n'ont pu être étudiées d'une manière assez précise pour lever tous les doutes à cet égard.

En résumé, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie d'engager M. Mialhe à poursuivre ses recherches expérimentales sur la théorie et le traitement du diabète sucré.

Quant au mémoire présenté en 1845, les faits nombreux et exacts qu'il renferme, et la découverte de la diastase animale dans la salive humaine, paraissent à votre commission d'une assez grande importance pour lui mériter l'approbation de l'Académie ; la commission aurait même proposé d'accorder l'insertion dans le *Recueil des savants étrangers*, si elle n'avait appris que ce mémoire doit être très-prochainement imprimé.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

SÉANCE DU 30 MARS.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers aux sciences médicales.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 3 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

M. Rochoux donne connaissance d'un passage d'une lettre que lui a adressée M. Faure au sujet de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance sur son travail. Il est dit dans cette lettre que les autopsies des sujets morts du typhus à Toulon ont été faites avec tout le soin désirable, et qu'il est constant qu'on n'a point trouvé les lésions caractéristiques de la dothinentérite.

SÉANCE DU 10 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

De l'intermittence dans les fièvres des marais. — M. Durand (de

Lunel) obtient un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Théorie nouvelle de l'intermittence dans les fièvres des marais.*

Un fait aujourd'hui bien acquis à la science, dit M. Durand, c'est l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes.

Un autre fait accepté par presque tous les médecins, c'est la cause miasmatique, c'est-à-dire l'origine putride des fièvres des marais.

Supposons l'absorption d'une matière putride, elle ira imprégner le sang, elle passera en partie dans la rate. Mais la rate est un organe de stase sanguine, comme le prouve son organisation : la matière putride y séjournant pendant un certain temps sera donc dans les conditions de s'y élaborer, de contaminer même les molécules similaires à elle-même, mais non putréfiées, qui ont pénétré avec elle dans la rate. Voilà la rate devenant un foyer de putréfaction, un marécage interne, comme l'appelle M. Durand.

Passons à un autre ordre de faits.

Les influences diurnes, chaleur, lumière, attraction solaire, etc., sont des influences qui ne sont pas seulement stimulantes pour la périphérie, mais qui sont encore expansives, c'est-à-dire qui dilatent la fibre vivante et attirent les fluides du centre à la périphérie. Elles sont expansives pour la rate comme pour les autres organes du centre.

M. R. Faure en Morée et en Espagne, M. Maillot à Bône, et M. Finot à Blidah, ont observé que la plupart des accès de fièvre apparaissent pendant le jour. M. Durand vient confirmer ces observations : à Tenès (Algérie), il a vu sur 1,545 cas de fièvre régulière, 1,195 cas avec accès diurnes, 114 cas avec accès aux heures du crépuscule, 231 cas avec accès nocturnes ; rapport des accès diurnes aux accès nocturnes : : 5 : 1.

Enfin, M. Durand rapporte des faits très-intéressants sur les engorgements de la rate. Il a tous les jours observé, dans ces cas d'engorgement, des oscillations de volume telles que le volume diminue pendant le jour et augmente pendant la nuit. Sur 275 cas qu'il a observés, il voyait journellement environ les 4/5 des rates offrir ces oscillations ; dans les mois d'hiver, la proportion était un peu moins forte. A moins d'accès incidents pendant le jour, le contraire n'avait jamais lieu. Des troubles étaient apportés à ces oscillations par l'incidence de fortes pressions atmosphériques. Plusieurs faits sont cités à l'appui de tout cela.

Tels sont les éléments de la théorie de M. Durand ; le lecteur l'a déjà pressentie : la rate est un foyer de putréfaction, un marécage interne qui, dans la nuit, période des influences atmosphériques concentratives, *nidule*, élabore l'élément putride qu'elle contient, et qui en envoie fort peu dans le reste de l'économie, mais qui pendant le jour, période des influences expansives, en déjette considérablement dans la grande cir-

culation, où cette matière va directement, par son impression sur des organes plus impressionnables que ne l'est la rate, susciter les conditions de l'accès.

Cette théorie, dit M. Durand, rend compte d'un grand nombre de phénomènes observés dans le développement et dans les phases diverses de la fièvre intermittente. Elle rend compte :

1° De la *périodicité* des accès qu'elle subordonne, en général, à la périodicité des influences expansives diurnes, soit atmosphériques, soit fonctionnelles ;

2° Des *irrégularités* de l'intermittence qu'elle subordonne aux accidents des influences expansives atmosphériques ou fonctionnelles et au degré de saturation miasmatique de la rate ;

3° Du *mécanisme* de l'accès qui, comme l'a déjà avancé M. Roche, serait le résultat d'une impression délétère miasmatique, puis de la réaction de l'organisme contre celle-ci, enfin de l'effort d'élimination ;

4° Des phénomènes d'*irritation gastro-hépatique* si communs pendant les accès, phénomènes qui seraient le résultat d'une sécrétion biliaire altérée par le sang provenant d'une déjection splénique miasmatique ;

5° De l'*apyrexie*, qui serait l'effet du ton obtenu par la réaction et par l'élimination partielle du miasme ;

6° Des *types*, qui seraient subordonnés au degré de tonicité de l'organisme, au degré de quantité et de maturité du miasme s'élaborant dans la rate, enfin au degré de vivacité des influences expansives qui activent ce miasme dans le reste de l'économie ;

7° Des *rechutes*, subordonnées aux mêmes causes ;

8° De l'*efficacité du traitement essentiel par le quinquina*, agissant et comme tonique et comme antiseptique, et en ce dernier cas allant attaquer la matière putride au sein même de la rate ;

9° De l'*efficacité du traitement adjuvant par les évacuants biliaires* (vomitifs, purgatifs, laxatifs), qui déterminent une élimination par les voies biliaires de la matière putride contenue dans la rate, et qu'il ne faut jamais administrer sans l'antiseptique, le quinquina.

M. Durand ne donne pas son dernier mot sur les fièvres ; il promet de donner, dans un autre travail, la théorie de l'essence même de la fièvre, c'est-à-dire de l'action intime du miasme et des autres agents de cette maladie. Il complétera ainsi la doctrine des fièvres intermittentes, qu'il vient de borner ici à la seule étude de l'intermittence.

Peste. — Quarantaines. — L'ordre du jour appelle la suite du rapport sur la peste et les quarantaines.

M. Prus est appelé à la tribune.

Nous donnons un résumé analytique des deux premières parties de ce rapport lues dans cette séance et dans la précédente.

La commission, dit M. le rapporteur, a compris toute l'importance de la mission qui lui a été confiée. Si de tous côtés les intérêts politiques et commerciaux réclament des réformes dans l'institution des quarantaines, l'humanité exige aussi que le pacte sanitaire consenti tacitement par toutes les puissances de l'Europe ne soit rompu qu'après qu'une étude impartiale et sévère des documents anciens et nouveaux aura démontré à tous ce qu'il y a d'inutile ou de dangereux dans les règlements en vigueur. Cependant, l'Angleterre et l'Autriche ont aboli ou notablement diminué les quarantaines pour les provenances du Levant, sans faire connaître au reste de l'Europe les motifs de sécurité qui les engageaient à porter une atteinte aussi grave à la loi généralement exécutée. La France ne peut suivre de semblables exemples. Si son régime sanitaire doit être profondément modifié, il faut qu'elle expose avec franchise et netteté les faits qui la portent à changer, à diminuer ou à perfectionner les précautions prises par elle contre l'introduction d'un fléau aussi redoutable que la peste. Des médecins seuls peuvent apprécier à leur juste valeur les faits, les assertions, les raisonnements concernant les grandes questions que présente l'étude de la peste.

La commission a puisé aux nombreuses sources d'instruction qui lui ont été ouvertes, aux descriptions des épidémies de peste que nous ont transmises les meilleurs observateurs. Mais il faut le dire à la gloire des médecins qui ont vu et traité la peste qui a régné en Egypte en 1835, c'est de cette époque que date la connaissance positive et scientifique de la maladie. M. le docteur Aubert-Roche, donnant alors le premier l'exemple d'un courageux dévouement à l'humanité et à la science, a touché, soigné, consolé le docteur Fouscade, qui, atteint de la peste au Caire le 18 février 1835, mourut le 20 du même mois.

Ici M. le rapporteur indique les travaux qui ont été communiqués à la commission et tous les éléments dont elle s'est entourée pour donner à son travail toutes les garanties désirables.

Ce travail est divisé en quatre parties.

Dans la première, le rapporteur recherche quels sont les pays où on a vu la peste se développer spontanément : il s'efforce ensuite de déterminer les causes de la peste spontanée ; il montre que quand ces causes ont cessé d'exister en Egypte et ailleurs, la peste a disparu ; il indique les contrées où la persistance de ces causes rend la peste endémique, ou du moins fait craindre le retour de la peste spontanée. Enfin, il insiste sur les moyens véritablement prophylactiques de la peste spontanée.

Dans la deuxième partie, il répond aux trois questions suivantes :

La peste s'est-elle toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques, quand elle a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe ?

Quels sont les caractères différentiels de la peste épidémique et de la peste sporadique ?

La peste se propage-t-elle à la manière des maladies épidémiques, c'est-à-dire par la migration de certaines influences atmosphériques, et indépendamment de l'action que peuvent exercer les pestiférés?

Dans la troisième partie, il s'occupe de la transmissibilité de la peste. Est-elle transmissible par l'inoculation? Est-elle transmissible, dans les foyers et hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat et médiat des pestiférés, par le contact des hardes et vêtements, par le contact des marchandises, par les miasmes qui sont exhalés par les pestiférés et dont l'air est le véhicule? Il termine cette partie par l'examen de cette question :

Si la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, doit-on craindreq ue quelques cas importés en France puissent y devenir la cause d'une épidémie pestilentielle?

Dans la quatrième et dernière partie, il recherche quelle a été la durée ordinaire ou exceptionnelle de l'incubation de la peste.

Viennent enfin les conclusions du rapport et les applications de ces conclusions aux questions de quarantaine.

Définition. — La peste, dit M. Prus, est une maladie de tout l'organisme, dans laquelle les systèmes nerveux, sanguin et lymphatique sont surtout affectés, et qui se caractérise le plus ordinairement à l'extérieur par des bubons, des charbons et des pétéchies.

1re PARTIE. — *Chapitre I.* — Quel est le pays ou quels sont les pays où on a vu la peste naître spontanément? Il résulte, des nombreuses recherches historiques renfermées dans le chapitre, la conclusion générale suivante : On a vu la peste naître spontanément non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Afrique, d'Asie et d'Europe.

Mais s'il est prouvé que la peste est née et peut encore naître spontanément dans des lieux divers, il ne faudrait pas croire cependant que l'Europe dût la redouter également de tous les points signalés comme ayant été et pouvant être encore des foyers de peste spontanée. Au moment actuel, c'est presque exclusivement de l'Égypte que nous avons à craindre l'importation de la peste.

Chap. II. — Dans les pays où l'on a observé la peste spontanée, a-t-on pu attribuer rationnellement le développement de celle-ci à des conditions hygiéniques déterminées? Pour répondre à cette question, M. Prus étudie successivement les localités dans lesquelles la peste est née spontanément dans le cours des cinquante années qui viennent de s'écouler et l'état des habitants de ces localités. De cet examen, il tire la conclusion suivante : Dans tous les pays où on a observé la peste

spontanée, son développement a pu être rationnellement attribué à des conditions déterminées agissant sur une grande partie de la population. Ces conditions sont surtout : l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, près de la mer Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate et le Danube ; des maisons basses, mal aérées, encombrées ; un air chaud et humide ; l'action de matières animales et végétales en putréfaction ; une alimentation malsaine et insuffisante ; une grande misère physique et morale.

Chap. III. — Si ce qui vient d'être exposé dans le chapitre précédent est vrai, la Basse-Égypte, où toutes les conditions d'insalubrité ci-dessus indiquées se trouvent réunies chaque année, doit nous offrir la peste à l'état endémique. C'est ce qui résulte, en effet, des observations des voyageurs et des médecins qui habitent ce pays, où l'on voit la peste tous les ans sous forme sporadique, et tous les dix ans environ sous la forme épidémique.

Chap. IV. — Est-il vrai que sous le règne des derniers Pharaons, que pendant les 194 ans de l'occupation de l'Égypte par les Perses, pendant les 301 ans que dura la domination d'Alexandre et la dynastie des Ptolémées, enfin pendant une grande partie de la domination romaine (qui commença l'an 30 avant J. C. et finit l'an 620 de notre ère), l'Égypte ait été exempte d'épidémies pestilentielles ?

Ce grand fait paraît incontestable : M. Prus l'établit sur des preuves historiques concluantes. L'absence en Égypte de toute épidémie pestilentielle pendant le long espace de temps que la bonne administration et la police sanitaire de ce pays ont lutté victorieusement contre des causes productrices de la peste, justifie l'espérance que l'emploi des mêmes moyens serait suivi des mêmes résultats.

Chap. V. — L'état de la Syrie, de la Turquie d'Europe et de l'Asie, de la régence de Tripoli, de celle de Tunis, et même de l'empire de Maroc, diffère-t-il assez de celui qui existait aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément, pour qu'on soit autorisé à penser que d'autres épidémies semblables ne pourront plus s'y manifester ? — De l'examen auquel la commission s'est livrée à ce sujet, il résulte que l'état de ces diverses contrées étant à peu près le même qu'aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément, rien n'autorise à penser que des épidémies semblables ne pourraient pas y éclater encore.

Chap. VI. — Les conditions hygiéniques de l'Algérie sont-elles assez semblables à celles du Maroc, de Tunis et de Tripoli, pour qu'on doive y craindre le développement de la peste spontanée ? — La commission est arrivée sur ce point à la conclusion suivante :

La peste spontanée paraît peu à craindre pour l'Algérie, parce que,

d'une part, les Arabes et les Kabyles vivant, les uns sous la tente, les autres dans des demeures placées au sommet ou dans les flancs des rochers, ne peuvent engendrer la maladie ; et, d'une autre part, parce que l'assainissement de plusieurs endroits marécageux et les améliorations vraiment remarquables déjà apportées dans la construction et la police du petit nombre de villes existantes, semblent une garantie suffisante contre le développement spontané d'épidémies pestilentielles.

Chap. VII. — Quels sont les moyens à mettre en usage pour prévenir le développement de la peste spontanée ?

M. Villermé, considérant les épidémies au point de vue de l'hygiène publique, a fort bien prouvé que les épidémies diminuent de fréquence et d'intensité dans tous les pays qui passent de la barbarie et de l'ignorance à l'état de civilisation, ou d'une civilisation imparfaite à une civilisation perfectionnée.

On peut aller plus loin pour les épidémies pestilentielles qui non-seulement perdent de leur fréquence par la civilisation, mais qui cessent et disparaissent complétement même dans les pays les plus prédisposés à la peste, quand ceux-ci sont soumis aux lois d'une hygiène éclairée et vigilante.

M. le docteur Aubert-Roche, dans un curieux et important mémoire (1), poursuivant l'étude comparative de la peste et de la civilisation dans l'Orient et dans toutes les contrées de l'Europe, a jeté sur ce sujet une clarté assez vive pour dissiper le doute.

On peut formuler ainsi les conséquences qui découlent de son travail et des faits et considérations exposés dans les chapitres précédents.

Dans tous les temps, dans tous les lieux, la peste a disparu devant la civilisation ; elle est revenue avec la décadence et la barbarie : partout les mêmes causes ont produit les mêmes effets.

La peste, qui est aujourd'hui permanente en Orient, n'y existait pas du temps de la civilisation égyptienne, grecque et romaine ; tandis qu'elle ravageait continuellement l'Europe occidentale, plongée alors dans la barbarie. Aujourd'hui, les rôles sont changés ; l'Europe est délivrée du fléau, l'Orient subit ses effets.

Si la peste que la civilisation avait chassée de l'Égypte y est revenue avec la barbarie, la civilisation seule parviendra à l'anéantir de nouveau ; et par civilisation il faut entendre la réunion des sciences, des arts, de l'agriculture, de l'industrie, et surtout d'une bonne hygiène publique et privée.

Le succès serait plus facile de nos jours qu'il ne l'a été autrefois : on connaît mieux les causes productrices de la peste ; il y aurait donc moins d'hésitation pour les attaquer et les détruire.

(1) *Prophylaxie générale de la peste*, Paris, 1843.

L'Égypte étant incontestablement le principal foyer de la peste spontanée, c'est en Égypte qu'il faut agir d'abord et surtout. On ne devra cependant pas négliger la destruction de foyers qui, quoique moins intenses, ont cependant, à des époques récentes, exercé une bien funeste influence, c'est-à-dire, Constantinople, Erzeroum et les bords du Danube.

La conclusion de ce chapitre, ou plutôt de la première partie de ce rapport, sera la suivante :

Les progrès de la civilisation et une application générale et constante des lois de l'hygiène, peuvent seuls nous fournir les moyens de prévenir le développement de la peste spontanée.

2e PARTIE. — *Chap. I.* — La peste s'est-elle toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques, quand elle a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe?

Les maladies épidémiques présentent des caractères qui les distinguent des maladies non épidémiques. La peste présente-t-elle tous ces caractères? — Il résulte de l'analyse des faits à laquelle se livre le rapporteur, que la peste présente tous ces caractères. Comme toutes les maladies épidémiques, la peste attaque un grand nombre d'individus à la fois; elle a, sous les diverses latitudes où elle se montre, une marche spéciale, une période de début, une période d'état, et une période de déclin ou de terminaison, ces trois périodes ne présentant souvent ni les mêmes symptômes, ni les mêmes lésions, ni la même gravité; elle influence toutes les affections intercurrentes qui se manifestent pendant son règne; les autres maladies, beaucoup plus rares que de coutume, sont presque toujours marquées de son cachet, et en temps de peste l'influence épidémique se fait sentir aux personnes qui ont eu autrefois la maladie et même à celles qui ne l'ont pas eue, et qui jouissent d'une bonne santé; elle a toujours à peu près la même durée dans les différents pays qu'elle parcourt, et même, dans certaines contrées, elle commence et finit à des époques qu'on peut déterminer d'avance : en Égypte, en Syrie, à Constantinople, on a pu déterminer les époques d'invasion des épidémies de peste, celles de leur accroissement et de leur terminaison. La peste épidémique a été très-souvent précédée, annoncée par d'autres affections épidémiques plus ou moins graves, plus ou moins répandues, et qui leur servent en quelque sorte d'avant-coureurs.

Enfin, l'étude de l'influence du sol, de l'atmosphère, des prédispositions individuelles innées ou acquises, sur le développement, la marche et la terminaison de la peste, établit de la manière la plus évidente que cette maladie doit être placée au premier rang des maladies épidémiques.

L'épidémicité de la peste est donc mise hors de doute. C'est là le fait fondamental de son histoire. En effet, si l'existence des foyers épidémiques

de peste est bien démontrée, les choses ne se passeront pas de la même manière pour ceux qui resteront ou viendront dans ses foyers et pour ceux qui seront placés ou se transporteront en dehors de leur influence.

Tout individu restant dans un foyer épidémique de peste est exposé à contracter cette maladie : des faits nombreux et authentiques ont prouvé que l'isolement le plus complet ne préservait pas toujours ceux qui s'y soumettent ; tandis que les personnes en santé, ou déjà atteintes de la peste, qui s'éloignent ou sont transportées hors du foyer épidémique, échappent souvent au danger en s'écartant de ce foyer.

Conclusion. Lorsque la peste a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle s'est toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques.

Chap. II. — Quels sont les caractères différentiels de la peste épidémique et de la peste sporadique?

On a montré dans le chapitre précédent que toutes les fois que la peste épidémique a sévi avec quelque intensité sur un point du globe, elle a offert des caractères spéciaux communs à toutes les épidémies. Rien de semblable n'a lieu pour la peste sporadique.

Ainsi la peste sporadique ne présente pas, dans sa marche, ces trois périodes si remarquables de début, d'état et de déclin ; quand elle se manifeste, les autres maladies ne sont pas moins nombreuses et ne reçoivent, en aucune façon, le cachet pestilentiel ; les personnes en santé ne ressentent pas les effets d'une influence atmosphèrique agissant spécialement sur le système lymphatique. La peste sporadique n'est pas précédée de maladies épidémiques dont elle ne paraisse être, en quelque sorte, que la suite, comme cela arrive pour les épidémies pestilentielles.

La peste épidémique et la peste sporadique diffèrent encore en Égypte sous un dernier rapport : tandis que la peste épidémique commence de novembre en février pour finir vers la fin de juin, la peste sporadique existe pendant tous les mois de l'année.

Conclusion. La peste sporadique diffère de la peste épidémique, non-seulement par le petit nombre des individus atteints de la maladie, mais encore et surtout parce qu'elle ne présente pas les caractères appartenant aux affections épidémiques.

Chap. III. — La peste se propage-t-elle à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par la migration de certaines influences atmosphériques et indépendamment de l'action que peuvent exercer les pestiférés ? — Quand on embrasse d'un coup d'œil la marche et les progrès d'un grand nombre de pestes épidémiques, on ne tarde pas à reconnaître que, par la seule action des causes épidémiques existant dans l'air, un grand nombre de points, souvent très-éloignés les uns des autres, ont été frappés sans qu'il ait été possible d'accuser

aucune communication suspecte, soit par les personnes, soit par les choses. Toujours née dans des localités insalubres, sous l'influence des causes que nous avons déterminées, la peste épidémique peut ou être renfermée dans l'enceinte d'une seule ville, quoique celle-ci soit restée en libre communication avec le dehors, ou se répandre dans un très-grand nombre de contrées. Souvent des localités voisines de celle où la peste épidémique a pris naissance restent épargnées. Quelquefois, au contraire, la peste épidémique envahit successivement et de proche en proche les villes et les villages. Fréquemment elle frappe des villes éloignées les unes des autres, en respectant les points intermédiaires.

La peste épidémique peut-elle, à l'aide de l'atmosphère seulement, traverser les mers et passer d'un continent dans un autre ? Peut-elle, par exemple, franchir la Méditerranée, pour sauter d'Alexandrie à Marseille ?—Clot-Bey et M. Aubert-Roche sont de cet avis. La peste épidémique peut rencontrer, non loin du lieu où elle a pris naissance, des barrières pour ainsi dire infranchissables. C'est ainsi que la peste née dans la Basse-Égypte ne passe jamais la première cataracte.

Il est cependant des épidémies pestilentielles dont la force d'expansion est beaucoup plus grande, beaucoup plus puissante. Dans ces cas, la peste épidémique peut s'introduire dans des provinces généralement respectées par elle.

Rien ne serait plus important, quand une épidémie pestilentielle a régné dans une ville, que de savoir combien de malades ont dû leur affection à la constitution épidémique, et combien l'ont due, soit à l'absorption des miasmes échappés des pestiférés, soit au contact direct ou indirect de ceux-ci.

Cette étude a été faite pour la première fois en Égypte, en 1835. M. le docteur Lachèze a reconnu qu'à Alexandrie et au Caire, l'influence épidémique avait frappé les personnes bien isolées, de manière à faire périr un individu sur 400, tandis que la peste avait enlevé un individu sur 3 parmi la population restée en libre pratique. Sans contester la réalité des chiffres donnés par M. Lachèze, beaucoup d'observateurs pensent qu'on doit les interpréter différemment. Ils disent qu'il suffit que les personnes qui ont fait quarantaine et celles qui sont restées en libre pratique fussent dans des conditions hygiéniques opposées, pour que l'épidémie les ait frappées dans une proportion très-différente, et, conséquemment, pour que les miasmes pestilentiels ou le contact des pestiférés n'aient pas joué le rôle qu'on leur prête.

Pour obtenir des termes de comparaison moins reprochables, nous avons cherché quel était, soit au Caire, soit à Alexandrie, le grand établissement mis en quarantaine et contenant une population dans des conditions aussi analogues que possible à celles dans lesquelles vivait la

population restée en libre pratique. L'arsenal d'Alexandrie, qui, pendant l'épidémie de 1835, a toujours renfermé 6,000 ouvriers au moins, nous a paru devoir arrêter notre attention. Là, aucune atteinte ne peut être attribuée à une accumulation qui n'a jamais existé, attendu que, chaque fois qu'un malade était reconnu pestiféré, il était à l'instant transporté dans un hôpital situé en dehors de l'arsenal. On ne peut pas non plus accuser le contact des pestiférés, attendu que, soit parce que les malades étaient enlevés dès le début de l'affection, soit pour toute autre cause, les voisins des individus frappés de peste et ceux qui avaient touché ces derniers n'ont jamais été atteints de la maladie. Le chiffre des ouvriers de l'arsenal transportés à l'hôpital pour cause de peste nous donne donc celui des cas dus à l'épidémicité seule dans la classe peu aisée. Trois cents ouvriers ayant été atteints de la peste sur un total de 6,000 environ, on peut croire que l'influence épidémique seule a frappé un individu sur vingt ; proportion qui diffère considérablement de celle fournie par la population restée en libre pratique.

Faut-il croire, avec Clot-Bey, que la différence des conditions hygiéniques rend complétement compte de ces faits, et que, si les ouvriers de l'arsenal n'ont pas perdu un seul individu sur trois, ils le doivent uniquement à ce qu'ils étaient tenus plus proprement et mieux nourris que le reste de la population ouvrière du Caire et d'Alexandrie?

Tout en reconnaissant la très-grande puissance de l'hygiène pour prévenir et modérer les ravages de la peste, nous devons dire que la conséquence déduite par Clot-Bey nous paraît aller au delà des faits. Nous repoussons sa conclusion : d'une part, parce qu'elle ne nous paraît pas appuyée sur des preuves positives et suffisantes ; d'autre part, parce que, si elle était admise légèrement, elle aurait le très-grave inconvénient de s'opposer à ce qu'on étudiât les causes qui, secondairement, propagent la peste et en augmentent les désastres.

Des faits et des considérations contenus dans ce chapitre, M. le rapporteur déduit la proposition suivante :

La peste se propage à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par l'air et indépendamment de l'influence que peuvent exercer les pestiférés.

Application d'un nouveau procédé opératoire pour le traitement des polypes de l'utérus. — M. L. Boyer présente des pièces relatives aux deux premières applications qu'il a faites de son procédé opératoire pour le traitement des polypes de l'utérus, procédé qui consiste à placer un fil sur leur pédicule, comme pour en faire la ligature, et à se servir de ce fil comme d'une scie à chaîne pour en achever immédiatement la section. La première de ces pièces est un polype d'un tissu dense, résistant, du volume d'une poire d'Angleterre, dont le pédicule,

de consistance fibreuse, offre le volume du petit doigt. Pour ce premier polype, on a appliqué d'abord une ligature, et quarante-huit heures après, le fil de la ligature a servi à achever la section. L'opération a été simple, facile et indolore ; elle n'a été suivie d'aucune hémorrhagie. Malheureusement la malade, ayant commis plusieurs imprudences graves, a succombé à une péritonite pelvienne le cinquième jour.

Ce malheur a permis de compléter l'observation par l'examen anatomique.

L'utérus offre une tumeur fibreuse interstitielle, du volume d'une noix, située, près du col, dans l'épaisseur de la paroi antérieure. On remarque le tronçon du pédicule, nettement coupé, inséré dans l'angle supérieur gauche. Le col, très-évasé en bas, se rétrécit en haut au point de laisser à peine passer le petit doigt, ce qui n'a pas empêché mon procédé de sercision d'être appliqué bien au-dessus de ce point rétréci, sur le véritable pédicule du polype. Le corps et le col ne présentent aucune trace de l'action produite par l'opération.

La seconde pièce est un polype du volume d'une pomme d'api, de texture fibreuse, à pédicule plus grêle, extrait sur une autre malade par le même procédé, avec cette seule différence que, dans ce cas, la section par le fil a suivi immédiatement son application. L'opération a été facile et indolore comme la première fois ; il n'y a point eu non plus d'hémorrhagie. La guérison a été rapide et complète.

Ces deux faits, dit M. Boyer, me paraissent établir que le procédé est facile et indolore. Il n'a été suivi d'hémorrhagie ni dans l'un ni dans l'autre cas. Il a sur l'excision l'avantage de ne nécessiter aucun abaissement et de n'introduire aucun instrument vulnérant, et, sur la ligature, celui d'extraire immédiatement le polype, et de ne point laisser séjourner un serre-nœud pendant plusieurs jours.

SÉANCE DU 17 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste. — Quarantaines. — M. Prus continue la lecture de son rapport.

Troisième partie. — Il s'agit ici de l'importante et difficile question de la transmissibilité de la peste, soit dans les foyers épidémiques, soit hors de ces foyers.

Chap. I. La peste est-elle transmissible par l'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré, du pus provenant d'un bubon pestilentiel, ou de la sérosité extraite de la phlyctène d'un charbon pestilentiel?

Le rapporteur passe ici en revue tous les faits, toutes les recherches, toutes les expériences sur ce sujet dont le commission a pu avoir connaissance. Avant de les soumettre à l'appréciation de l'Académie, M. Prus constate, comme un fait important, que si la variole, la rage, la morve, la syphilis, en un mot les maladies certainement virulentes, nous offrent toutes un liquide qu'il est facile de déterminer et qui con-

tient le principe virulent, il n'en est pas de même pour la peste. Cela est si vrai, que les expérimentateurs se sont adressés tour à tour et presque indifféremment au pus d'un bubon, à la sérosité d'un charbon, ou au sang d'un pestiféré.

On rapporte que Willis s'inocula la peste à Londres en 1665, et qu'il en mourut. Ce fait paraît apocryphe ; car Willis ne mourut qu'en 1675.

White, médecin de l'armée anglaise en Égypte, s'inocula le pus d'un bubon, contracta la maladie, et mourut le neuvième jour de l'inoculation, après avoir présenté une pustule charbonneuse au pli de l'aine, lieu où il avait pratiqué l'inoculation. Mais en temps d'épidémie, un individu peut facilement contracter la peste dans l'espace de neuf jours, et la maladie peut n'être qu'une coïncidence avec l'inoculation.

Le fait célèbre de Desgenettes est un fait négatif; car le pus inoculé avait été pris sur le bubon d'un convalescent, et la piqûre avait été lavée avec de l'eau savonneuse.

Valli, médecin italien, avait cru remarquer que les varioleux ne contractaient pas la peste. Il s'imagina alors d'inoculer le pus de la peste mêlé au pus de la variole ; il essaya d'abord sur lui-même, et puis sur vingt-quatre autres personnes, qui toutes furent exemptes de la peste pendant l'épidémie de 1803 à Constantinople. L'expérience ayant appris que la variole ne préservait pas de la peste, ce qu'il faut conclure des expériences de Walli, c'est que l'inoculation du pus des bubons pestilentiels n'a produit aucun accident.

Les expériences du docteur espagnol Sala sur les propriétés de l'huile, comme pouvant neutraliser le principe contagieux de la peste transmis par inoculation, ne sont rien moins que concluantes.

Il résulte des expériences pratiquées par M. Le docteur Lachèse, sur des condamnés à mort au Caire, que sur quatre individus qui ont été inoculés avec du sang de pestiféré, un seul a eu une peste bénigne, tandis que deux sujets inoculés avec la sérosité prise sur un charbon pestilentiel, et un troisième inoculé avec le pus d'un bubon qu'on venait d'ouvrir, n'ont rien éprouvé.

Plus tard, Clot-Bey pratiqua sur lui-même l'inoculation par le sang d'un pestiféré. A l'aide d'une lancette chargée de ce sang, il se fit six piqûres assez profondes, dont trois à la partie antérieure de l'avant-bras gauche et trois au pli de l'aine droite. Il n'éprouva aucun symptôme de peste.

Quelques jours après cette inoculation restée sans résultat, Clot-Bey s'inocula du pus provenant d'un bubon pestilentiel, au moyen de trois piqûres faites à la partie interne du bras gauche. Cette dernière épreuve fut suivie de légers malaises que l'expérimentateur attribua à l'absorption du pus, mais qui n'offrirent aucune analogie avec les symptômes de la peste.

Quelles conclusions tirer de ces faits et de quelques autres analogues? Voici celle adoptée par la commission : l'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré ou du pus d'un bubon pestilentiel n'a fourni que des résultats équivoques ; l'inoculation de la sérosité prise dans la phlyctène d'un charbon pestilentiel n'a jamais donné la peste ; il n'est donc pas prouvé que la peste puisse se transmettre par l'inoculation, même sous l'influence d'une constitution pestilentielle.

Chap. II. Voit-on dans les foyers épidémiques la peste être transmissible par le contact des malades?

Le rapporteur dit d'abord ce qu'il entend par le mot *contagion* : c'est la transmission de la maladie par le contact. Il ne peut donc y avoir contagion, dans le sens que nous attachons à ce mot et que les règlements sanitaires en vigueur lui attribuent, que quand il y a de la part d'une personne saine contact d'un pestiféré, ou d'un objet qui a été touché par lui, le tout sans aucune entremise de l'air.

L'infection, au contraire, est l'action des miasmes pestilentiels auxquels l'air sert de véhicule sur des organismes sains ou du moins non encore atteints de la peste. Dans l'infection, l'air, chargé des miasmes qui s'échappent des individus pestiférés, pourrait donner la peste à des personnes saines, quoiqu'elles eussent évité avec soin le contact des malades et de tout objet suspect.

M. le rapporteur commence par un exposé historique de la doctrine de la contagion. Des médecins de l'antiquité paraissent n'avoir envisagé la peste que comme une maladie épidémique, sans s'occuper de son mode de transmission. Il en est de même des médecins arabes. C'est à Fracastor qu'est due la doctrine de la transmissibilité de la peste par un virus qui peut être communiqué d'un individu à un autre. Cette doctrine régna peu à peu sans contestation jusqu'en 1720. Alors les médecins de Montpellier, qui avaient vu la peste de Marseille, firent de grands efforts pour rassurer les populations sur sa non-contagion. Stoll provoqua les observateurs à un examen sérieux de la question ; son appel ne fut pas entendu. Les médecins de l'expédition d'Égypte adoptèrent la doctrine de la contagion, qui fut à peu près unanimement partagée en France jusqu'en 1835.

A cette époque, un grand nombre de médecins européens eurent occasion d'observer la terrible épidémie qui ravagea alors l'Égypte. Sortis des Facultés de France, d'Allemagne et d'Italie avec une ferme croyance à la transmissibilité de la peste par le contact des malades, tous ou presque tous, il faut le reconnaître, ont complétement changé de conviction.

Quels sont donc les faits qui ont produit de tels changements? Ils sont consignés dans les ouvrages de MM. Brayer, Cholet, Aubert-Roche et Clot-Bey.

M. Prus passe les principaux de ces faits en revue, ainsi que ceux relatifs aux épidémies de 1837 et de 1841, dont l'étendue et le nombre ne nous permettent pas de donner l'analyse. Il termine ce chapitre par la conclusion suivante, qui en est le résumé :

Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit, d'une part, que le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés, et, d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

Chap. III. La peste est-elle transmissible par le contact des vêtements ou hardes ayant servi à des pestiférés, dans les lieux qui sont encore ou ont été récemment soumis à l'influence de foyers épidémiques ?

M. le rapporteur cherche à éclairer ce point de la question par l'examen de faits authentiques analogues à celui-ci : après la peste du Caire, en 1835, toutes les hardes, tous les meubles des morts ont été vendus dans les basars et mis en usage sans désinfection préalable. Les effets de plus 50,000 pestiférés, morts dans cette capitale, n'ont communiqué la maladie à personne.

Il se livre ensuite à l'examen des faits qui sembleraient prouver la transmissibilité de la peste par cette cause, et il termine ainsi ce chapitre :

Nous n'hésitons pas à déclarer que c'est tantôt parce qu'on a méconnu l'existence de la peste spontanée, tantôt parce qu'on ne s'est pas rendu compte de la puissante influence des causes générales épidémiques et de l'infection miasmatique, qu'on a été porté à regarder comme dus au contact des hardes ou vêtements infectés, des cas ayant une autre origine. Cette remarque est vraie même pour un grand nombre d'auteurs recommandables qui ont sacrifié aux croyances dominantes de leur époque.

Nous nous dispenserons donc de discuter devant vous les faits très-nombreux, nous le savons, sur lesquels s'appuie la doctrine de la transmission de la peste par des vêtements infectés. Tous ont à nos yeux le même défaut : celui d'avoir été recueillis à un point de vue exclusif et sous l'empire de l'opinion régnante.

Nous terminerons ce chapitre par la conclusion générale suivante.

Des faits, en très-grand nombre, prouvent que les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage sans aucune purification préalable.

Les faits qui sembleraient avoir donné un résultat opposé ne pourraient acquérir de valeur que s'ils étaient confirmés par des observations nouvelles faites en dehors des foyers épidémiques, loin des foyers d'infection miasmatique, loin des pays où la peste est endémique.

Chap. IV. La peste est-elle transmissible par des marchandises qu'on suppose contenir des matières pestilentielles ?

Voici la conclusion de la commission sur ce chapitre : la transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays où la maladie est endémique ou épidémique, n'est nullement une chose prouvée.

Chap. V. — A-t-on vu, dans les foyers épidémiques, la peste se transmettre par infection ?

Après avoir longuement exposé toutes les conditions connues dans lesquelles la peste s'est développée jusqu'ici, celles qui ont semblé influer sur son intensité, sur le nombre des victimes, les précautions qui ont paru avantageuses ou inutiles pour s'en préserver, M. le rapporteur ajoute : Il nous paraît incontestable, et c'est la conséquence que nous déduisons de ce qui précède, que les miasmes pestilentiels qui, en temps d'épidémie, s'accumulent dans un hôpital de pestiférés, dans une chambre, dans une maison, et peut-être dans une rue, dans une ville, sont un puissant moyen de la propagation de ce fléau.

La Société académique de Marseille, dans le rapport qui lui a été présenté par M. le docteur Grand-Boulogne, et qui a été adopté par elle à l'unanimité le 12 août 1845, a admis les deux propositions suivantes :

1° Les auteurs les moins d'accord, en ce qui concerne l'histoire générale de la peste, sont à peu près unanimes pour assurer que le simple contact d'individu à individu est un des modes de transmission les moins favorables à la propagation du fléau.

2° Le séjour prolongé dans l'atmosphère des malades, et surtout l'exposition aux miasmes pestilentiels qu'exhalent les objets contaminés, sont éminemment dangereux.

La seule différence qui, sur ce point vraiment important de doctrine, existe entre la Société académique de Marseille et votre commission, peut se résumer ainsi :

La Société académique assure que le simple contact d'individu à individu est un des modes de transmission les moins favorables à la propagation de la peste.

Votre commission pense qu'aucun fait bien observé n'établit la réalité de cette transmission.

Elle ne connaît pas de faits qui l'autorisent à croire, avec la Société académique, aux dangers des miasmes que laisseraient dégager ces objets contaminés.

La Société académique et votre commission reconnaissent également que le séjour prolongé dans l'atmosphère des pestiférés, ou, en d'autres termes, l'infection par les miasmes pestilentiels, est ce qu'il y a le plus à redouter.

En présence d'opinions qui sont semblables ou qui sont très-peu

divergentes, n'est-il pas permis d'espérer que le moment n'est pas éloigné où deux camps séparés par une barrière infranchissable pourront se réunir sur un terrain commun, celui de l'infection miasmatique, dont la puissance n'a pas encore été assez généralement reconnue. La réalisation de cette espérance serait un honneur pour la science et un bienfait pour l'humanité.

Il est facile de prévoir combien sont importantes pour les mesures sanitaires à prescrire les conséquences qui découlent de l'étude de l'infection pestilentielle, infection dont notre code sanitaire n'a encore tenu aucun compte.

La conclusion de ce chapitre est la suivante :

La peste est transmissible, dans les foyers épidémiques, par les miasmes qu'exhalent les pestiférés et par les foyers d'infection qui peuvent en résulter.

Quoique cette conclusion nous paraisse en parfaite harmonie avec les faits que nous avons rapportés, nous ne pouvons cependant nous dissimuler qu'on peut lui adresser cette objection, que les observations ayant été faites dans des pays où la peste, toujours ou presque toujours endémique, revêt, à certains intervalles, les caractères épidémiques, il peut rester du doute sur la cause qui a été mise en jeu. On a pu, dira-t-on, attribuer à l'infection pestilentielle des cas dus à l'endémicité ou à l'épidémicité. Nous ne nous étonnons pas que cette objection, qui ne nous paraît pas fondée pour les faits cités par nous, laisse en suspens le jugement de beaucoup de médecins. Pour résoudre complétement et définitivement la question de la transmissibilité de la peste par les individus, les vêtements ou autres objets infectés, c'est loin des contrées où la peste est endémique, c'est loin des foyers épidémiques que les observateurs doivent s'appliquer à trouver les éléments de solution. Trop longtemps on a cru que c'était en Égypte, en Syrie, en Turquie, qu'on pouvait arriver à des résultats utiles ou durables. Cela n'est vrai que pour les questions relatives à l'endémicité et à l'épidémicité de la peste. Il en est tout autrement pour la question de la transmissibilité. C'est en mer, c'est sur les côtes où la peste n'est pas endémique, c'est dans les lazarets d'Europe qu'on peut trouver des faits concluants et arriver enfin à la vérité.

Urétroplastie. — M. Jobert (de Lamballe) présente à l'Académie le nommé Peregeaux, âgé de 36 ans, qu'il a guéri d'une fistule sus-scrotale de l'urèthre par autoplastie.

Cet homme, exerçant la profession de tailleur de pierre, fut atteint, en 1826 et 1842, de blennorrhagie compliquée, la première fois, de chancre du gland. Il subit un traitement mercuriel méthodique à l'hôpital de Caen.

Au mois d'octobre 1843, un ou deux jours après avoir fait un effort violent, Peregeaux fut atteint d'une paraplégie incomplète accompagnée d'une paralysie de la vessie et d'un œdème des extrémités inférieures. Entré à l'hôpital de Berney (Eure) pour s'y faire traiter, on lui plaça une sonde en gomme élastique à demeure dans la vessie; on la laissa une première fois cinq jours sans la changer, puis huit ou neuf jours. Tandis qu'on soulevait le malade pour le porter dans un fauteuil, il éprouva une vive douleur dans l'urèthre, au point où plus tard s'établit une fistule, et quelques jours après il s'aperçut que l'urine s'échappait par la face inférieure de l'urèthre, à son point de jonction avec le scrotum. La sonde fut alors retirée, et l'urine s'écoulait goutte à goutte et d'une manière continue par la fistule. Le malade demeura dans cet état pendant huit ou neuf mois : au bout de ce temps, il quitta Berney, et l'état des membres inférieurs s'étant amélioré, il put se rendre à Paris, partie à pied, partie en voiture.

Il entra à l'hôpital Saint-Louis le 31 mai 1845.

Une sonde fut introduite dans la vessie sans trop de difficulté, le canal étant parfaitement libre. Quelques jours après, il sortit par le méat urinaire un gravier de la grosseur d'un pois; l'orifice fistuleux contenait également quelques graviers, mais d'un moindre volume.

Le malade prit quelques bains; un vésicatoire volant fut appliqué à l'hypogastre pour rendre son ressort à la vessie. Le trajet fistuleux fut touché un grand nombre de fois avec le nitrate d'argent; dans le courant du mois d'août, il a été touché à deux reprises avec le cautère actuel : aucun changement ne s'en est suivi dans la fistule; ses bords restent durs et calleux.

Le 6 septembre, l'urétroplastie fut pratiquée de la manière suivante : les bords de la fistule furent ébarbés avec soin, de manière à enlever toutes les parties indurées du trajet fistuleux, et afin d'avoir, dans toute l'étendue de la circonférence de l'oblitération, une surface saignante. Un large lambeau quadrangulaire, à base inférieure, fut taillé sur la face antérieure du scrotum et transporté par glissement au-devant du trajet fistuleux avivé; il fut fixé par six points de suture entrecoupée. Le lambeau se réunit par première intention dans les trois quarts de son étendue, à droite et en haut; à gauche du lambeau, il s'établit un point de suppuration, il fallut y appliquer un nouveau point de suture; la réunion n'eut pas encore lieu, et après plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent, on revint à la suture, cette fois avec un succès presque complet : il continua encore à suinter quelques gouttes d'urine; mais il suffit de toucher la petite plaie avec le nitrate d'argent pour en déterminer la cicatrisation. Dans le courant du mois de novembre, la fistule était complétement oblitérée.

Maintenant, la cicatrice est solide, linéaire dans les trois quarts de son étendue ; à gauche, là où la réunion n'a eu lieu que par seconde intention, la cicatrice est moins régulière, le tissu inodulaire est plus dur et légèrement saillant au-dessous de la peau. La peau du scrotum à laquelle a été emprunté le lambeau ne présente aucune bride, aucun pli anormal. — Pendant le courant du traitement consécutif à l'opération, une sonde à demeure a été laissée dans l'urèthre ; une seule fois on a été obligé de la retirer, à cause de la fièvre que sa présence avait déterminée.

Lithotribe à deux branches. — M. Mercier présente une modification du lithotribe à deux branches. Cette petite modification, dit-il, ne mériterait pas d'occuper les instants de l'Académie, s'il ne s'y rattachait une indication thérapeutique fort importante. Lorsqu'on a un calcul ou un fragment volumineux à broyer, on se sert ordinairement du brise-pierre fenêtré modifié par M. Charrière ; mais lorsqu'il ne reste plus que des fragments d'un moindre volume, on se sert du brise-pierre dit *à cuillers*. Mais ce dernier a un grand défaut : c'est que quand deux ou trois petits fragments ont été écrasés, il s'engorge, les débris s'y tassent, et on est obligé de l'extraire, sans quoi on courrait le risque de ne pouvoir y parvenir sans causer de vives souffrances au malade. Souvent même on ne peut éviter ces douleurs malgré toutes les précautions possibles, et d'ailleurs les manœuvres se trouvent par là singulièrement prolongées. On a cherché déjà à débarrasser les cuillers au moyen d'une troisième pièce placée entre les deux autres ; mais l'instrument se trouve par là très-compliqué, outre que l'avantage que l'on obtient par ce moyen se trouve plus que compensé par d'autres inconvénients.

Mon brise-pierre, dit M. Mercier, n'est pas susceptible de s'engorger, et voici comment. Dans les trois quarts de leur longueur, ses mors sont tout à fait plats et ne présentent que quelques légères aspérités pour empêcher les fragments saisis de glisser. Dans l'autre quart, près de l'angle de courbure, leur aplatissement cesse, et ils ressemblent complétement au brise-pierre fenêtré, ce qui leur donne une très-grande force. Ainsi les débris ne peuvent se tasser en cet endroit, parce qu'ils sont repoussés par la branche mâle à travers la large fenêtre de la branche femelle ; et ils ne peuvent non plus se tasser au delà, puisque les deux mors ne présentent aucune trace d'excavation.

Quelques praticiens pensent que par cette extraction du détritus, ajoute l'auteur, on accélère la délivrance du malade, et on a même donné le précepte de préparer d'avance cinq ou six brise-pierres à cuillers pour les introduire successivement et coup sur coup. C'est une erreur pernicieuse. Si le malade urine bien, ce n'est pas la poudre inpalpable qu'on retire par ce moyen qui éprouverait le moindre obstacle pour sor-

tir, et, s'il urine mal, on pourra toujours extraire ce détritus à volonté à l'aide de la sonde évacuatrice à double courant que j'ai présentée à l'Académie dans sa séance du 21 mars 1843.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU SAMEDI 21 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste.—Quarantaines. — M. Prus continue la lecture de son rapport.

Chap. VI. — La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques? — C'est là, dit M. le rapporteur, la plus capitale des questions que l'Académie doit résoudre. La solution est-elle affirmative, c'est le maintien du système sanitaire; est-elle négative, c'est la condamnation des lazarets et des quarantaines.

Les médecins qui ont observé en Égypte les épidémies de 1835 et de 1841 nient la transmissibilité de la peste en dehors des foyers épidémiques. Voici les raisons sur lesquelles ils se fondent.

Lorsque la constitution épidémique cesse, tous ou presque tous les malades guérissent, et l'on ne voit plus d'atteintes nouvelles.

De nombreux pestiférés ont été et sont encore accumulés dans les hôpitaux et dans les maisons; toutes les conditions favorables à la transmission de la peste par le contact immédiat ou médiat, ou à sa propagation par l'infection miasmatique, sont réunies; et cependant, à une époque à peu près fixe, l'épidémicité s'éteint, et avec elle la peste. Un pestiféré, sorti d'un foyer épidémique, n'est pas plus à redouter qu'un pestiféré sporadique, lequel, de l'aveu de tous les médecins d'Égypte, n'offre aucun danger.

S'il est douteux que les vêtements et les hardes des pestiférés puissent transmettre la peste en temps d'épidémie, il est certain qu'une fois que celle-ci a disparu, ces vêtements et ces hardes peuvent être mis en usage impunément.

Une épidémie n'apparaît dans une contrée qu'à la suite d'influences locales et atmosphériques dont l'action a été plus ou moins prolongée; des privations, des fatigues, des peines physiques ou morales ont été éprouvées à des degrés divers par les populations. De ces causes réunies résultent des prédispositions plus ou moins générales à contracter la maladie régnante.

Or, quand un navire transporterait hors du foyer un ou plusieurs pestiférés, ils ne pourraient transporter avec eux toutes les causes passées et présentes qui sont nécessaires au développement d'une épidémie.

Il faut le dire, messieurs, parce que cela est la vérité, les observations faites en Égypte en 1835 et 1841 semblent justifier ces propositions et les conséquences qui en découlent.

Mais en est-il de même des faits observés en mer et dans les lazarets d'Europe? Ces faits conduisent-ils aux mêmes conclusions? C'est là ce

qu'il importe à l'Europe de savoir, c'est là ce que nous devons rechercher avec le soin le plus minutieux.

Vingt-quatre navires arrivés depuis 1720 dans les lazarets de France et d'Italie avec la peste à bord fourniront les éléments de la solution. Parmi ces navires, quatorze ont été reçus dans les ports d'Italie, savoir : cinq à Venise, huit à Livourne et un à Gènes ; dix sont arrivés à Marseille. C'est par ces derniers que M. le rapporteur commence l'examen, parce que c'est sur eux que la commission a pu réunir les documents les plus complets. Nous ne suivrons pas M. le rapporteur dans les détails des faits, nous en présenterons seulement un court résumé.

Le nombre des cas de peste traités au lazaret de Marseille depuis 1720, en ne comptant pas les faits douteux, s'élève à 33, dont 18 se sont terminés par la mort et 15 par la guérison. Trois chirurgiens quarantenaires ont contracté une peste bien caractérisée en soignant des pestiférés au lazaret ; tous trois ont guéri. Un quatrième chirurgien, arrivé à Marseille à bord d'un navire pestiféré, a très-probablement contracté la peste au lazaret, où il était renfermé en qualité de chirurgien quarantenaire depuis dix-neuf jours lors de l'invasion de la maladie ; il a succombé. 4 gardes de santé de Marseille ont contracté la peste au lazaret ; 2 ont guéri, 2 sont morts. Ces derniers avaient été placés à bord du navire du capitaine Millich ; mais ils ne sont tombés malades que quinze ou dix-huit jours après le départ de ce capitaine pour Tanger. Nous devons croire qu'ils ont pris la peste au lazaret où ils purgeaient leur quarantaine avec les deux autres gardes qui avaient été placés sur le même navire et qui sont morts au lazaret, l'un le 26 mai et l'autre le 30. Un matelot, faisant les fonctions d'infirmier au lazaret, a contracté la peste ; il a guéri. 2 matelots appartenant à un bâtiment pestiféré, mais paraissant avoir contracté la peste au lazaret, où ils étaient renfermés depuis plus de douze jours, sont morts.

Donc, sur 11 pestes qui auraient été contractées au lazaret de Marseille, 6 auraient guéri, 5 auraient été mortelles. Ces cas funestes ont eu lieu chez des sujets qui tous avaient séjourné sur des bâtiments pestiférés. 3 gardes de santé ont contracté la peste à bord d'un bâtiment pestiféré ; un seul a guéri.

Ces faits résolvent, comme on le voit, affirmativement la question posée.

Mais la peste ne se transmet pas seulement à bord entre individus quittant les mêmes parages, respirant le même air, ayant les mêmes exercices, les mêmes habitudes, la même nourriture. Le pestiféré déposé dans un lazaret européen devient la cause qui développera chez d'autres l'affection dont il est atteint.

Les faits recueillis depuis un peu plus d'un demi-siècle à Venise, à

Livourne et à Gênes, et dont M. le rapporteur donne une succincte analyse, tendent également à prouver la vérité de la conclusion que la commission a cru devoir tirer des faits recueillis à Marseille.

Cette conclusion est la suivante :

Il est incontestable que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur les navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe.

Chap. VII. — La peste est-elle transmissible hors des foyers épidémiques par le contact immédiat des pestiférés ?

Nous avons cherché avec le plus grand soin des faits probants, dit M. le rapporteur, et jusqu'ici nous ne les avons pas trouvés. Notre réponse à la question posée est donc négative, et nous l'exprimerons en ces termes :

Rien ne prouve que la peste soit transmissible hors des foyers épidémiques par le contact immédiat des pestiférés.

Chap. VIII. — La peste est-elle transmissible hors des foyers épidémiques par les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés ?

Depuis 1720, la peste n'a été transmise dans aucun des lazarets d'Europe, ni en dehors de ces lazarets, par des hardes ou des vêtements suspects ou contaminés. Et cependant, ces hardes et vêtements ont dû être touchés souvent par des gardes de santé, etc. Les cas de transmission de la peste par les hardes et vêtements, signalés depuis l'époque indiquée, auraient été observés, soit sur des navires en quarantaine dans des ports européens, soit en Grèce, au lazaret de Syra. Or, après l'examen de ces faits en petit nombre, on peut se demander si l'interprétation qui leur a été donnée est incontestable ; si dans les cas où l'on a attribué la propagation de la peste au contact des vêtements, celle-ci n'était pas due plutôt à l'infection miasmatique qui existait à bord des bâtiments où ces faits se sont passés.... Ne croyez pas, ajoute M. le rapporteur, que les doutes que nous émettons soient le résultat d'une conviction complétement arrêtée. Nous doutons, il est vrai, mais nous ne nions pas. Nous pensons que les incertitudes qui règnent encore sur la transmissibilité de la peste par les hardes et les vêtements peuvent et doivent être dissipées par de nouvelles recherches, et surtout par des expériences faites avec toutes les précautions convenables, par des hommes compétents, loin de tout foyer d'infection et dans une localité où il soit certain que la peste n'est pas endémique.

Conclusion : Il n'est pas prouvé que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés.

Chap. IX. — § Ier. Les marchandises peuvent-elles transporter la peste hors des foyers épidémiques ?

Ici, il y a deux opinions opposées, l'une s'appuyant sur un très-grand

nombre de faits négatifs, l'autre s'étayant sur quelques faits qui ne seraient pas sans valeur s'il était certain qu'on les a bien vus et bien interprétés. Ces derniers laissent quelques doutes, parce que, lorsqu'une épidémie pestilentielle a sévi dans une ville pendant un temps plus ou moins long, elle peut frapper une ville voisine sans que les individus pestiférés, ni les objets contaminés, soient pour quelque chose dans cette migration de la maladie ; et quand il en est ainsi, on est ordinairement porté à attribuer à des communications suspectes l'origine de l'affection due aux causes générales épidémiques existant dans l'atmosphère. — Quant aux faits négatifs, M. le rapporteur cite entre autres le suivant, qui ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'authenticité et de la précision : en 1835, la peste épidémique sévissait à Alexandrie sur les employés de tout grade habitant dans les magasins du gouvernement égyptien. Cependant une très-grande quantité de balles de coton, journellement maniées par les hommes de peine, furent expédiées de janvier à juin, c'est-à-dire pendant toute la durée de l'épidémie, dans tous les grands ports de l'Europe, sans qu'il en résultât aucun accident de peste. Sur seize navires anglais chargés de coton qui quittèrent Alexandrie du commencement de janvier à la fin de juin, huit eurent la peste à bord, et cependant le coton chargé sur ces navires ne fut pas plus dangereux que celui des navires non infectés. Enfin, d'un autre côté, depuis 1720, aucun des portefaix employés dans le lazaret de Marseille au déchargement et au maniement des marchandises n'a contracté la peste.

Conclusion : Rien ne prouve que les marchandises puissent transporter la peste hors des foyers épidémiques.

§ II. La classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles repose-t-elle sur des faits ou des expériences dignes de confiance?

Nous ne suivrons pas M. le rapporteur dans l'énumération des objets compris dans cette classification et dans l'examen des faits et des principes sur lesquels elle repose ; il suffira de citer la conclusion par laquelle il termine ce paragraphe ; cette conclusion, la voici : la classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles ne repose sur aucun fait ni sur aucune expérience dignes de confiance.

§ III. A-t-on fait une étude suffisante des moyens à l'aide desquels on pourrait détruire le principe pestilentiel qui existerait, soit dans les hardes et vêtements, soit dans les marchandises, soit dans tout autre objet?

M. le rapporteur, après avoir énuméré les divers moyens employés jusqu'ici dans le but de détruire le principe pestilentiel, termine ce

chapitre en disant que de plus amples considérations sur ce sujet seraient certainement insuffisantes, s'il était démontré que ce principe peut rester inhérent aux hardes, aux vêtements, aux marchandises, et devenir la cause de la transmission de la maladie ; et qu'elles sont et seront complétement sans objet aussi longtemps qu'on n'aura pas prouvé que le virus ou le miasme pestilentiel peut être conservé dans ces divers réceptables.

Conclusion : On ne devra rechercher les moyens de détruire le principe pestilentiel renfermé dans les hardes, les vêtements ou les marchandises, que quand on aura acquis la certitude que ce principe peut y exister.

Chap. X. — La peste peut-elle se transmettre par infection hors des foyers épidémiques ?

Quand on considère les faits de communication de la peste d'un individu malade à un individu sain, dans un navire ou un lazaret, il semble très-difficile, au premier abord, de dire si la communication est due au contact direct du pestiféré ou aux miasmes échappés de son corps et répandus dans l'air ; mais si l'on réfléchit, d'une part, que des observations en très-grand nombre ont prouvé que le contact immédiat des pestiférés, quand il a eu lieu à l'air libre, n'a pas donné la peste, et, d'une autre part, que le séjour dans un foyer d'infection pestilentiel, sans aucun contact suspect, a souvent donné la peste, on est forcément conduit à cette double conséquence, savoir : la transmission de la peste par les miasmes pestilentiels est un fait prouvé. — La transmission de la peste par le contact immédiat des pestiférés n'est pas un fait prouvé. — Les faits observés à Marseille, ainsi qu'un grand nombre de ceux qui ont été cités, en parlant de l'action de l'infection pestilentielle dans les foyers épidémiques, autorisent effectivement à penser que la peste se transmet par infection hors des foyers épidémiques, comme nous l'avons vu se transmettre de la même manière dans les foyers épidémiques et dans les pays où la peste est endémique. En conséquence, M. le rapporteur termine ce chapitre par la conclusion suivante :

La peste se transmet par infection hors des foyers épidémiques.

Chap. XI. — La peste importée d'Orient dans les ports de l'Europe peut-elle se transmettre à un assez grand nombre d'individus pour créer une épidémie pestilentielle ?

Ce chapitre, dans lequel M. Prus se livre à un examen et à une discussion approfondis des diverses opinions émises à cet égard par les principaux auteurs qui ont traité de ce sujet et des faits sur lesquels ils s'appuient, est terminé par la conclusion suivante :

S'il n'est pas prouvé que l'existence d'une constitution pestilentielle dans un pays où la peste est importée soit nécessaire pour que celle-ci

se transmette et se propage, il paraît certain toutefois que cette peste importée ne pourra exercer de grands ravages si elle ne rencontre pas, dans le climat, dans l'atmosphère et les habitants, des conditions favorables à son développement.

SÉANCE DU 24 MARS.

Peste. — Quarantaines. — QUATRIÈME PARTIE. — M. Prus : Quelle est la durée ordinaire ou exceptionnelle de l'incubation de la peste ?

Ou, en d'autres termes, combien de temps la peste peut-elle rester cachée dans un individu infecté, avant de se manifester par des symptômes plus ou moins évidents ?

L'incubation de la peste est très-variable, suivant la période de l'épidémie et suivant d'autres influences moins puissantes. Toutefois, ces variations sont restreintes dans certaines limites. Ce sont ces limites qu'il nous importe de connaître ; car ce sont elles qui règlent logiquement la durée des quarantaines.

Tuos les observateurs reconnaissent que, quand une épidémie pestilentielle commence dans une ville, l'incubation de la peste est souvent extrêmement courte. De là ces pestes comme foudroyantes, dont l'attention des auteurs a été frappée ; de là ces pestes mortelles en quelques minutes.

Dans la seconde période de l'épidémie, la durée ordinaire de l'incubation est de trois à cinq jours.

Cette durée est la même dans la troisième période.

Sur ces trois points, il n'y a pas de désaccord. Les dissidences n'ont lieu que quand il s'agit de déterminer la plus longue durée que l'on puisse admettre pour certaines incubations que nous appellerons exceptionnelles.

Les uns, et ceux-ci sont en très-grande majorité, assurent que le terme de l'incubation ne dépasse jamais huit jours ; les autres pensent qu'il peut se prolonger jusqu'à dix jours, et même au delà, mais dans des circonstances très-rares.

Cherchons à établir la vérité, ou du moins la très-grande probabilité dans cette question.

Si un certain nombre d'individus, après s'être exposés, soit à l'action d'un foyer épidémique, soit à l'infection miasmatique, sont bien isolés, dans un local convenable, et si aucun d'eux ne manifeste la maladie au delà d'un laps de temps déterminé, on sera en droit de tirer la conséquence que l'incubation de la peste n'a duré, chez aucun des compromis, au delà de ce terme.

M. le docteur Grassi, médecin du lazaret d'Alexandrie depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis 1831, a consigné, dans un mémoire qui vous a été adressé, les précieux résultats de son expérience à cet égard.

« Dans le courant de plusieurs années, dit-il, quelques milliers de personnes de tout âge, de tout sexe et de toute condition, furent condamnées à subir une quarantaine d'observation de six jours, pour avoir été compromises avec des pestiférés. La maladie, chez beaucoup d'entre elles, s'est déclarée pendant leur isolement, mais jamais au delà de six jours. C'est une observation, ajoute M. Grassi, que j'ai faite avec beaucoup de vigilance. »

Pour se faire une idée du nombre de faits sur lesquels repose la conclusion de M. Grassi, il suffira de savoir que, d'après un état que nous avons en ce moment sous les yeux, 5,240 compromis ont été admis dans le lazaret d'Alexandrie depuis le 1er janvier 1840 jusqu'au 1er janvier 1843.

D'autres observations, recueillies dans des circonstances différentes, confirment pleinement le résultat indiqué.

M. Grassi s'est assuré que parmi la multitude d'habitants du Caire qui ont quitté cette ville pendant l'épidémie de 1835, pour se rendre dans la Haute-Égypte, où la peste ne régnait pas, un certain nombre a eu la peste, mais jamais plus de huit jours après le départ du Caire.

Nous avons déjà eu occasion de dire que dans cette même épidémie de 1835, Alexandrie d'abord, et le Caire ensuite, furent assez longtemps soumis à la constitution pestilentielle, alors qu'Abouzabel, situé à quatre lieues du Caire, n'éprouvait en aucune manière les effets auxquels étaient soumis ceux qui résidaient au milieu du foyer épidémique. MM. Duvigneau, Perron, Fischer et Seisson, alors professeurs de l'École de médecine d'Abouzabel, ont mis cette circonstance à profit pour étudier la durée de l'incubation de la peste.

Plusieurs individus qui étaient allés passer un jour ou même quelques heures au Caire sont revenus à Abouzabel, rapportant en eux la peste à l'état d'incubation. Jamais celle-ci n'a duré plus de six jours.

Que si maintenant nous jetons les yeux sur ce qui a lieu à bord des bâtiments venant de quitter les lieux ravagés par une épidémie pestilentielle, nous verrons que c'est toujours dans un délai de huit jours que se manifestent les pestes qui ont été importées à l'état d'incubation.

N'y a-t-il pas, messieurs, dans tous ces faits, une concordance vraiment remarquable et pouvant servir de guide aux administrateurs chargés de décider la durée des quarantaines ?

Nous savons que l'on a cité quelques faits où l'incubation aurait dépassé la limite de huit et même de dix jours. Nous avons étudié ces faits avec soin, et nous ne croyons pas qu'ils puissent être acceptés comme vrais dans le sens où on les a produits. On n'a pas tenu compte de l'action épidémique ; on n'a pas tenu compte de l'infection miasmatique qui, dans tous les endroits où l'air ne circule pas librement, dans un

navire, par exemple, joue un rôle qu'il faut apprécier. Quand, après avoir eu un plus ou moins grand nombre de pestiférés à bord, un bâtiment devient foyer d'infection, ceux qui résident dans ce foyer, ceux qui respirent cet air vicié, peuvent contracter et contractent souvent la peste à des intervalles plus ou moins rapprochés, plus ou moins éloignés. Il est bien clair que, dans ces cas, des matelots et des passagers peuvent être frappés à quinze, à vingt, à trente jours et plus les uns des autres, sans qu'on puisse inférer de là que l'incubation a eu une durée supérieure à six ou huit jours. On ignore, en effet, quand les miasmes pestilentiels ont agi sur ceux qui les ont absorbés, de manière à déterminer le développement de la maladie.

En résumé, s'il est vrai de dire qu'on ne pourrait sans témérité assigner une limite fixe et absolue à la durée de l'incubation de la peste, on peut cependant assurer, d'après l'étude des faits connus, et en les interprétant à l'aide de toutes les données de la science, que rien n'autorise à penser que cette incubation dépasse huit jours. Telle est notre conclusion.

Conclusions. — 1° On a vu la peste naître spontanément, non-seulement en Égypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Asie, d'Afrique et d'Europe.

2° Dans tous les pays où on a observé la peste spontanée, son développement a pu être rationnellement attribué à des causes déterminées agissant sur une grande partie de la population. Ces causes sont surtout : l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, près de la mer Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate et le Danube ; des maisons basses, mal aérées, encombrées ; un air chaud et humide ; l'action de matières animales et végétales en putréfaction ; une alimentation malsaine et insuffisante ; une grande misère physique et morale.

3° Toutes ces conditions se trouvant réunies, chaqne année, dans la Basse-Égypte, la peste est endémique dans cette contrée, où on la voit presque tous les ans sous la forme sporadique, et tous les dix ans environ sous la forme épidémique.

4° L'absence dans l'ancienne Égypte de toute épidémie pestilentielle pendant le long espace de temps qu'une administration éclairée et vigilante, et une bonne police sanitaire, ont lutté victorieusement contre les causes productrices de la peste, justifie l'espérance que l'emploi des mêmes moyens serait suivi des mêmes résultats.

5° L'état de la Syrie, de la Turquie, de la régence de Tripoli, de celle de Tunis et de l'empire du Maroc, étant à peu près le même qu'aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément, rien n'autorise à penser que des épidémies semblables ne pourraient pas y éclater encore.

6° La peste spontanée paraît peu à craindre pour l'Algérie, parce que, d'une part, les Arabes et les Kabyles vivant, les uns sous la tente, les autres dans des demeures placées au sommet ou dans les flancs des rochers, ne peuvent engendrer la maladie ; et, d'une autre part, parce que l'assainissement de plusieurs parties marécageuses et les améliorations vraiment remarquables déjà apportées dans la construction et la police du petit nombre de villes existantes, semblent une garantie suffisante contre le développement spontané de la peste.

7° Les progrès de la civilisation et une application générale et constante des lois de l'hygiène peuvent seuls nous fournir les moyens de prévenir le développement de la peste spontanée.

8° Lorsque la peste a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle s'est toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques.

9° La peste sporadique diffère de la peste épidémique non-seulement par le petit nombre d'individus atteints de la maladie, mais encore et surtout parce qu'elle ne présente pas les caractères appartenant aux maladies épidémiques.

10° La peste se propage à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par l'air, et indépendamment de l'influence que peuvent exercer les pestiférés.

11° L'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré ou du pus d'un bubon pestilentiel n'a fourni que des résultats équivoques ; l'inoculation de la sérosité prise dans la phlyctène d'un charbon pestilentiel n'a jamais donné la peste : il n'est donc pas prouvé que la peste puisse se transmettre par inoculation.

12° Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit, d'une part, que, dans les foyers épidémiques, le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés ; et, d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

13° Des faits, en très-grand nombre, prouvent que les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage sans aucune purification préalable, et dans un pays actuellement ou récemment soumis à une constitution pestilentielle.

Les faits qui sembleraient avoir donné un résultat opposé ne pourraient acquérir de valeur que s'ils étaient confirmés par des observations nouvelles faites en dehors des foyers épidémiques, loin des foyers d'infection miasmatique, loin des pays où la peste est endémique.

14° La transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays

où la peste est endémique ou épidémique, n'est nullement prouvée.

15° La peste est transmissible, dans les foyers épidémiques, par les miasmes qu'exhalent les pestiférés.

16° Il est incontestable que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur des navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe.

17° Rien ne prouve que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat des pestiférés.

18° Il n'est pas constaté que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés.

19° Il n'est nullement établi que les marchandises puissent transporter la peste hors des foyers épidémiques.

20° La classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles ne repose sur aucun fait ni sur aucune expérience dignes de confiance.

21° L'étude des moyens à l'aide desquels on cherche à détruire le principe pestilentiel qu'on suppose contenu dans des hardes, des vêtements ou des marchandises, est et sera complétement sans objet tant qu'on n'y aura pas démontré la présence de ce principe.

22° La peste peut se transmettre, hors des foyers épidémiques, par infection miasmatique, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes pestilentiels.

23° La peste est plus ou moins transmissible, suivant l'intensité de l'épidémie, suivant que celle-ci est dans sa première, sa seconde ou sa troisième période, suivant, enfin, les dispositions organiques des individus soumis à l'action des miasmes pestilentiels.

24° Les pestiférés, en viciant l'air des localités dans lesquelles ils sont renfermés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle qui transmettent la maladie.

25° Les malades atteints de la peste sporadique ne paraissent pas pouvoir déterminer des foyers d'infection assez actifs pour transmettre la maladie.

26° Les foyers d'infection pestilentielle peuvent persister après l'enlèvement des pestiférés.

27° Les foyers d'infection, une fois formés à bord d'un navire par la présence d'un ou de plusieurs pestiférés, peuvent être transportés, même à de grandes distances. On les a vus trop souvent acquérir une intensité redoutable sur des bâtiments encombrés de troupes ou de pèlerins.

28° Les foyers mobiles ne peuvent devenir la cause de foyers secondaires, et, par suite, d'une grande propagation de la maladie, que s'ils

rencontrent dans les pays où ils sont transportés les conditions nécessaires au développement de la peste.

29° Le temps ordinaire de l'incubation de la peste est de trois à cinq jours ; la durée de cette incubation ne paraît pas avoir jamais dépassé huit jours.

30° Quand une contrée est en proie à une peste épidémique, les habitants sont exposés à subir d'abord l'influence de la constitution pestilentielle, et ensuite l'influence des malades.

L'isolement, qui ne préserve pas de la première, préserve de la seconde.

En dehors des foyers épidémiques, dont les limites sont ordinairement faciles à déterminer, l'influence de la constitution pestilentielle est nulle.

L'influence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent créer reste seule.

L'isolement, dans ce dernier cas, est un moyen certain de se mettre à l'abri de tout danger.

Lithotribe à mors pleins pour la pulvérisation par percussion. — M. Leroy-d'Étiolles écrit à l'Académie pour motiver l'interpellation adressée par lui à M. Mercier à la fin de la dernière séance. Sachant que ce médecin avait mis, il y a peu de jours, sous les yeux de la Société anatomique, un instrument largement fenêtré dans une moitié au moins de sa longueur, et le voyant présenter à l'Académie un autre instrument s'éloignant de la forme du précédent pour se rapprocher de celui que M. Leroy faisait exécuter il y a trois semaines dans les ateliers de M. Charrière, il en a témoigné son étonnement. Le but des deux auteurs ne paraît pas, au surplus, être le même : M. Mercier s'est préoccupé de prévenir l'empâtement des mors du brise-pierre en élargissant la fenêtre placée près du talon des branches, tandis que l'instrument de M. Leroy-d'Étiolles, formé de deux mâchoires pleines, cannelées suivant leur longueur, est un pulvérisateur agissant par percussion.

Une lettre de M. Charrière, écrite sur la demande de M. Leroy, précise les époques auxquelles les trois instruments lui ont été demandés. Deux de ces instruments, le premier, modèle de M. Mercier, et celui de M. Leroy-d'Étiolles, sont déposés sur le bureau comme termes de comparaison.

SÉANCE DU 31 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

De la paracentèse du thorax dans la pleurésie aiguë avec épanchement. — M. Bricheteau, au nom d'une commission composée de MM. Roche, Barthélemy, Blandin et Bricheteau, rapporteur, fit un rapport favorable sur un mémoire dont M. Trousseau a donné lecture dans le temps à l'Académie, sous le titre ci-dessus.

Nous avons vivement regretté, vu l'importance de ce sujet, de n'avoir pu saisir un seul mot du rapport.

M. Louis regrette que M. le rapporteur n'ait parlé que des faits qui sont favorables à la paracentèse et qu'il n'ait pas signalé les insuccès. Il pense qu'il faut être très-réservé sur les conseils à donner pour pratiquer cette opération. J'ai vu, dit-il, un nombre considérable de pleurésies, je n'ai encore jamais rencontré de cas où l'opération m'ait paru indiquée ; je n'en ai jamais rencontré dans lequel la maladie se soit terminée d'une manière funeste lorsqu'elle est simple.

M. Bricheteau : Je crois, en effet, que les indications de la paracentèse sont rares dans la pleurésie aiguë ; mais je suis convaincu qu'il en existe, et c'est pour ces cas exceptionnels que les observations de M. Trousseau offrent un grand intérêt.

M. Nacquart : J'ai entendu M. le rapporteur parler de difficultés quelquefois extrêmes dans le diagnostic de la pleurésie. Ce langage pouvait convenir avant la découverte de Laënnec ; alors, en effet, l'incertitude était grande. Mais aujourd'hui, avec les ressources de l'auscultation et de la plessimétrie, il n'est plus permis de parler des difficultés d'un semblable diagnostic.

M. Rochoux : Avec M. Louis, je crois que les cas où l'opération de la paracentèse est nécessaire sont très-rares ; mais je ne les nie pas absolument. Je me rappelle le cas d'un homme qui mourut en trente-six heures d'un double épanchement pleurétique. A l'autopsie, il fut bien constaté que le poumon avait conservé toute son élasticité, et que, si l'évacuation du liquide avait été opérée, cet homme aurait pu vivre. Je crois que les indications de la paracentèse se rencontreront plus souvent dans les épanchements aigus que dans les épanchements chroniques.

M. Bricheteau : Je partage cet avis ; aussi ne s'agit-il dans mon rapport que de la pleurésie aiguë : dans une autre occasion, je me suis prononcé dans le même sens que M. Rochoux pour ce qui concerne l'épanchement chronique.

M. Honoré : M. le rapporteur a cité 55 cas d'opération d'empyème, dans lesquels il y a 14 cas de mort : ce n'est pas encourageant.

M. Bricheteau : Dans ces 55 cas, il y a plusieurs catégories dont il faut tenir compte. Ainsi, les épanchements par maladie organique du système circulatoire ont été complétement rebelles à l'opération.

M. Roux pense, avec M. Rochoux, que plus les épanchements sont récents, plus ils présentent des chances favorables à la paracentèse. Et ce qu'on a dit de l'épanchement pleurétique, il faut le dire aussi de tout autre épanchement.

Glande vaginale. — M. Huguier lit un travail intitulé : *Mémoire sur la glande vaginale, les divers appareils sécréteurs des organes gé-*

nitaux externes de la femme, sur leurs fonctions et sur leurs maladies.

Dans cette première lecture, M. Huguier a donné quelques détails d'anatomie, et a surtout insisté sur les fonctions de la glande vulvo-vaginale découverte par Gaspard Bartholin, décrite par plusieurs anciens anatomistes, et totalement oubliée par le plus grand nombre des anatomistes modernes.

Cette glande est située de chaque côté, à l'union de la vulve avec le vagin ; elle a le volume et assez bien l'aspect d'une amande d'abricot encore enveloppée de son épiderme, et elle donne naissance à un canal excréteur, long de 7 à 8 lignes, qui vient aboutir dans l'angle formé par le cercle vulvaire et la grande circonférence de l'hymen ou la base des caroncules latérales et postérieures, de telle sorte que son orifice est presque constamment caché.

Cette glande, jusqu'au moment de la puberté, dort pour ainsi dire du même sommeil que les autres organes génitaux ; mais à peine ceux-ci, l'utérus et les ovaires principalement, ont-ils acquis leur perfection organique, que la glande, recevant le contre-coup de la stimulation qu'éprouvent ces organes, réagit à son tour et sécrète une plus grande quantité de mucus. C'est principalement au moment de la turgescence qui précède et accompagne les rapports sexuels qu'il agit le plus. Les pensées lascives, les rêves érotiques, suffisent à eux seuls pour surexciter la glande et amener une hypertrophie passagère.

Au moment des règles, la glande devient plus sensible, plus chaude, plus volumineuse, et sécrète plus abondamment. Le liquide qui s'en écoule est toujours clair comme le cristal, à moins qu'il n'y ait maladie.

Aux approches des rapports sexuels et pendant leur exécution, ce liquide est versé avec une certaine force sur la muqueuse vulvaire ; mais ce n'est que quand les muscles du périnée et de la vulve sont agités de contractions involontaires, et comme convulsives, qu'il est excrété par saccades ou en jet, comme dans l'éjaculation de l'homme. Cette sorte d'éjaculation ne s'observe pas chez toutes les femmes ; d'où la dissidence des auteurs à cet égard. Il faut, pour qu'elle ait lieu, un appareil sécréteur très-développé, un canal excréteur légèrement dilaté, converti, ainsi que ses ampoules, en une sorte de réservoir, et une sensibilité vive de la part de la femme.

La glande vulvo-vaginale jouit d'une sensibilité tactile spéciale, susceptible de s'accroître et de déterminer, comme celle du clitoris et des environs du méat urinaire, les sensations voluptueuses qui se développent dans les rapports sexuels. Peut-être est-ce à cette fin qu'elle est placée sur les parties latérales de la vulve, en dedans du constricteur, dans l'axe du plus grand diamètre du membre viril dont elle éprouve

le contact électrique en même temps que le clitoris et le vestibule.

C'est probablement une des raisons qui font, tout en mettant de côté toute corrélation primordiale, que le développement de la glande est très-souvent en raison de celui de l'organe excitateur, et qu'elle est d'une sensibilité plus vive, d'un volume plus considérable chez les femmes qui abusent des plaisirs vénériens.

Il y a une synergie très-évidente entre cet appareil et les divers follicules mucipares de l'entrée du vagin. Une sympathie non moins évidente, mais moins facile à expliquer, est celle qui existe entre l'appareil vulvo-vaginal et les ovaires. A l'état sain, le développement des glandes coïncide avec celui des ovaires ; s'il en existe une plus volumineuse que l'autre, c'est du côté où l'ovaire est le plus développé. A l'état pathologique, même coïncidence ; et dans plusieurs cas indiqués par M. Huguier, on voit la glande s'hypertrophier ou s'atrophier selon l'hypertrophie ou l'atrophie de l'ovaire correspondant. Si de nouveaux faits, dit M. Huguier, viennent corroborer ceux que je viens de citer, on sent de quelle importance pourra être cette découverte appliquée au diagnostic des maladies des ovaires et de la matrice, le volume des glandes pouvant toujours être facilement apprécié sur la femme vivante.

Pendant la grossesse, la glande a paru moins volumineuse.

Une fois que la femme a perdu les attributs de son sexe, la glande s'atrophie.

Avec les anciens anatomistes, M. Huguier trouve de grandes analogies entre la glande vulvo-vaginale et la glande urhétro-bulbaire (de Cowper) de l'homme.

Comme elle :

1° Elle est située au périnée, dans le triangle urhétro-ischiatique ;

2° Elle présente les mêmes rapports et connexions anatomiques ;

3° Elle est une dépendance de la cavité vulvo-vaginale, partie qui chez la femme est l'analogue de l'urèthre de l'homme ;

4° Elle reçoit les éléments de sa nutrition et le principe de sa sensibilité des mêmes sources vasculaires et nerveuses que la glande de Cowper ;

5° Elle présente aussi une foule de variétés de forme, de volume, de situation ;

6° Elle peut manquer d'un côté ou des deux, ce qui arrive assez souvent pour les glandes de Cowper ;

7° On ne rencontre cet organe que chez les femelles dont les mâles offrent la glande urhétro-bulbaire.

Cette glande peut devenir le siége de nombreuses affections sur lesquelles M. Huguier se propose de présenter de nouvelles communications à l'Académie.

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

19. *Sur la chimie pathologique de l'urine et du sang ;* par le docteur GEORGES PADLEY.

(London medical Gazette.)

Suivant le docteur Rees, l'activité de l'urine albumineuse n'empêche pas la précipitation sous l'influence de la chaleur. Or M. Padley, ayant eu à examiner de l'urine qui contenait du pus, par conséquent de l'albumine, et qui, de plus, était sensiblement acide, n'obtint aucun précipité par l'emploi de la chaleur. Ce résultat imprévu lui suggéra l'idée de quelques expériences dont voici le résumé.

3 drachmes d'urine, contenant 8 pour 100 d'albumine, et additionnées d'une goutte d'un mélange par parties égales d'eau et d'acide nitrique pur, furent soumises à l'action de la chaleur. La liqueur demeura parfaitement limpide.

La même quantité d'acide ayant été ajoutée à 3 drachmes 1/2 d'urine, la chaleur ne produisit pas d'effet immédiat ; mais un léger trouble eut lieu après un temps très-court.

De ces deux expériences, l'auteur croit pouvoir tirer sur-le-champ, contrairement à l'assertion de M. Rees, la conclusion suivante : une partie d'acide nitrique suffit, *complétement et d'une manière permanente* (*completely and permanently*) : 1° pour empêcher la congélation, par la chaleur, d'environ 750 parties d'urine contenant une grande quantité d'albumine ; 2° pour empêcher un effet immédiat sur environ 850 parties d'urine albumineuse. Or, dans la maladie de Bright, la quantité d'albumine étant très-petite, 1/1500 d'acide nitrique, ou même moins, doit suffire pour produire le même effet.

L'auteur ajoute qu'une goutte d'acide nitrique suffit pour rendre la transparence à une urine albumineuse troublée par la chaleur, mais que le même effet n'a pas lieu à froid ; puis, par plusieurs citations empruntées principalemeut aux auteurs anglais, il montre l'erreur où l'on pourrait tomber en employant l'acide nitrique, comme adjuvant de la chaleur, pour mettre à nu l'albumine des urines.

Des expériences faites en France ont donné des résultats analogues, et l'on peut consulter à ce sujet une très-bonne thèse de M. Demeurat analysée par la *Gazette médicale* (1846, p. 39) ; On y verra notamment que *l'acide acétique* n'a pas, comme l'acide

nitrique, la propriété de dissoudre à chaud l'albumine coagulée, et possède, au contraire, l'avantage de faciliter la coagulation de l'urine albumineuse par la chaleur; aussi conseille-t-on d'en verser quelques gouttes dans l'urine avant l'expérience.

Le travail de M. Padley se termine par des considérations relatives au mode de cristallisation du nitrate d'urée, au rapport qui existe entre la densité de l'urine et celle du sérum dans la maladie de Bright, et aux caractères de l'urine diabétique.

Sur le premier point, nous ne pouvons que renvoyer à la planche explicative, beaucoup plus claire que ne pourrait l'être notre description. Quant aux densités du sérum et de l'urine dans la maladie de Bright, on sait que celle du premier de ces deux liquides est généralement diminuée. Cette circonstance est attribuée, surtout depuis les travaux de Christison, à l'élimination d'une partie de l'albumine du sang au profit de l'urine. L'auteur conteste la justesse de cette explication, au moins pour tous les cas. Dans la maladie de Bright, dit-il, l'urine elle-même a perdu de sa pesanteur spécifique, par suite de l'absence d'urée et de différents sels restés dans le sang, la diminution de densité qui en résulte n'étant pas balancée par l'augmentation que tend à produire la présence de l'albumine. De cela seul on peut conclure que l'accumulation de l'urée dans le sérum du sang doit compenser et au delà, sous le point de vue de la densité, la perte de son albumine, et qu'ainsi la densité du sérum serait plus grande que de coutume si elle n'était modifiée par quelque autre circonstance. Or, il est probable, ajoute l'auteur, que la réduction de densité des deux liquides, sérum et urine, tient à une cause commune, l'*appauvrissement du sang*, spécialement caractérisé par une diminution d'hématosine et une augmentation de sérosité.

L'objection faite par M. Padley à l'opinion reçue est en opposition avec le résultat de quelques recherches modernes tendant à démontrer qu'il n'y a pas de rapport bien prononcé entre la densité de l'urine et les sels que ce liquide contient (voir un mémoire de M. Chamber, communiqué à l'Académie des sciences le 16 juin 1845); mais en revanche l'interprétation de M. Padley est en rapport avec l'idée que beaucoup de médecins se forment de la nature de la maladie de Bright, et la *Gazette médicale* a encore eu tout récemment l'occasion de se prononcer sur ce fait (n° 2 p. 39). Faisons remarquer d'ailleurs que l'explication des différences survenues dans la densité du sérum et de l'urine, par l'échange de leurs principes constituants, est contraire à l'opinion de beaucoup de physiologistes et de chimistes

qui regardent l'albumine des urines comme une transformation de l'urée. Si cela est exact, il est clair que ces deux principes ne se substituent pas l'un à l'autre de telle sorte que l'un augmente là où l'autre diminue, et ainsi la sécrétion d'une matière albumineuse par les reins n'impliquerait en rien la soustraction directe d'un des éléments du sang. Bien plus, il pourrait arriver que l'albumine fût en excès à la fois dans le sang et dans les urines, comme cela avait lieu sans doute chez M. Tégart, qui s'était volontairement donné une albuminurie en formant exclusivement sa nourriture d'œufs à la coque (*loc. cit.*).

Le paragraphe terminant ce mémoire, et relatif aux caractères de l'urine diabétique, est destiné à montrer l'incertitude de quelques procédés chimiques suivis en Angleterre, et n'embrasse pas les acquisitions les plus modernes de la science sur ce point. Le lecteur pourra cependant le consulter avec fruit.

---

20. *Analyse de l'urine des aliénés*; par MM. Alex. Sutherland et Edward Rigby.

(London medical Gazette.)

Toutes les observations qui font le sujet de ce mémoire ont été recueillies à l'hôpital Saint-Luc en 1844 ; elles comprennent toutes les formes principales de l'aliénation. L'urine a été toujours recueillie le matin, après le lever, avant d'avoir reçu l'influence de l'alimentation. Les analyses ont été principalement qualitatives ; cependant, toutes les fois que quelque principe constitutif de l'urine se trouvait en excès ou en défaut, le fait était noté avec soin. Or, voici les résultats nets des recherches statistiques auxquelles se sont livrés les auteurs, et qu'ils présentent d'une manière parfaitement lucide dans différents tableaux coordonnés avec art.

1° Dans la *manie* et la *mélancolie*, la couleur de l'urine est foncée ; dans la *démence*, elle est claire.

2° L'urine est acide dans les 80/100 au moins des cas de manie et de mélancolie ; dans la démence, la proportion n'est que de 63,54 pour 100.

3° L'urine est sédimenteuse dans presque tous les cas de manie et de mélancolie, principalement de cette dernière ; dans la démence, elle ne l'est que rarement.

4° Dans les deux premières formes de l'aliénation, la pesanteur spécifique de l'urine varie ordinairemeut entre 10,20 et 10,30, et même, pour ce qui regarde spécialement la mélancolie,

dépasse fréquemment ce dernier chiffre ; tandis que dans la démence elle varie de 10,11 à 10,20.

5° L'urine séreuse, ou, pour parler plus exactement, *albumineuse*, a été observée 7,50 sur 100 dans la mélancolie, 3,35 dans la manie, et seulement 1,04 dans la démence.

6° Un excès d'urée a été observé 75 fois pour 100 dans la *démence aiguë* (mais il est à noter que les cas de démence *aiguë* n'étaient qu'au nombre de 4, sur lesquels l'excès d'urée a existé trois fois). Le même fait a été observé 16,66/100 dans la démence proprement dite, 33,92/100 dans la manie et 47,50/100 dans la mélancolie.

7° L'acide silicique et le silicate d'ammoniaque ont été observés beaucoup plus fréquemment dans la mélancolie que dans la démence. Du reste, dans chacune des trois formes d'aliénation, l'acide silicique a été bien plus souvent rencontré que le silicate d'ammoniaque.

8° Des cristaux phosphatiques existaient 25 fois sur 100 dans la démence, 23,21/100 dans la manie, et 6,66/100 dans la mélancolie. Pour les cristaux d'oxalate de chaux, la proportion a été de 25/100 dans la mélancolie, de 17,85/100 dans la manie et de 2,08/100 dans la démence.

9° Les carbonates étaient plus fréquents dans la démence et la mélancolie que dans la manie.

10° Les hydrochlorates existaient à peu près 13 fois sur 100 dans les trois formes d'aliénation.

11° Enfin, on a observé des globules de muco-pus 17,85/100 dans la manie, et seulement 10/100 dans la mélancolie et 7,72/100 dans la démence.

Il serait difficile, quant à présent, de tirer de ces faits quelque enseignement soit théorique, soit pratique, et les auteurs eux-mêmes n'en tirent absolument aucun. Nous ne les consignons ici que comme documents à utiliser un jour.

---

21. *Observation de bruit de souffle musical dans le cœur ; autopsie ;* par MM. Sargint et de Maric.

(Dublin medical Press.)

Ce bruit qui existait et dans la systole et dans la diastole, mais surtout dans la première, avait son maximum d'intensité au niveau de la cinquième articulation chondro-sternale gauche. La note variait suivant certaines circonstances ; elle était plus élevée quand le sujet se penchait en avant ou était agité : le bruit s'entendait alors, mais faiblement, à l'entour du mamelon.

Il devenait aussi plus distinct quand le sujet retenait son haleine ; parfois il ressemblait au râle sonore de la bronchite.

Le malade, qui offrait d'ailleurs les signes de la phthisie tuberculeuse et de la maladie de Bright, succomba aux progrès de l'anasarque deux mois après son entrée à l'hôpital.

A l'*autopsie*, on trouva le cœur très-hypertrophié et les valvules aortiques un peu épaissies, en état cependant de fonctionner librement ; mais la lésion principale existait aux valvules mitrales dont le bord était fibro-cartilagineux, sans incrustations ni granulations quelconques. Le rétrécissement de l'orifice était toutefois prononcé, et, disent les auteurs, « le reflux du sang qui sans doute avait lieu pendant la vie devait être très-modéré. »

Les poumons contenaient des tubercules, et les reins étaient granuleux.

Ce fait mérite d'être cité à ce point de vue que le bruit du cœur étant musical et existant pendant la diastole aussi bien que pendant la systole, devait, dans les idées reçues, faire supposer un rétrécissement très-considérable d'un ou de deux orifices, et l'on vient de voir que l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était seul rétréci et encore à un faible degré. Quand on rapproche de ce fait ceux où un rétrécissement très-considérable a donné lieu tout au plus à un léger bruit de souffle, sans timbre musical, on reste de plus en plus convaincu de la nécessité de tenir compte, dans l'appréciation des bruits anormaux du cœur, et de la quantité et de la nature du sang qui traverse cet organe. Dans le cas présent, le sang devait être rendu plus abondant par la maladie de Bright : c'est du moins ce qu'on peut inférer des données actuelles de la science ; et ainsi l'observation qu'on vient de lire devient une de celles qu'on pourrait invoquer à l'appui des idées de M. Beau sur les bruits anormaux du cœur.

---

22. *Quelques mots sur la bronchite capillaire ; bronchite capillaire avec hypérémie cérébrale intense ; crise après l'usage de l'ipécacuanha.*

(Klinick) (1).

Dans les quelques mots qui servent de préambule à son observation, l'auteur combat d'abord l'opinion de M. Canstatt, qui prétend que la bronchite capillaire n'est autre chose que la péripneumonie fausse des anciens (peripneumonia notha), surtout celle décrite par Sydenham. Quoi qu'il en soit de cette question, la bronchite capillaire, telle qu'on la conçoit actuellement, n'a

(1) Journal publié en Hollande par le docteur Gobée.

été réellement décrite que dans les derniers temps. Ce n'est pas ici le lieu de décrire cette affection catarrhale s'étendant jusqu'aux 4e et 5e divisions bronchiques, et caractérisée par une respiration douloureuse et difficile, une toux sèche au début, une teinte pâle du visage et bleuâtre des lèvres, quelquefois même cyanosée de toute la face, par la petitesse et l'extrême fréquence du pouls. Un des meilleurs signes diagnostiques de la bronchite capillaire, dit l'auteur, est la stupeur qui précède souvent le délire, et qui d'autres fois alterne avec lui; malgré cette stupeur, le malade répond très-bien aux questions qu'on lui fait, puis il retombe immédiatement dans ses rêvasseries. Dans cette maladie, comme dans tous les états asphyxiques, la proportion de fibrine diminue beaucoup dans le sang; il faut donc être très-réservé sur l'emploi des saignées : d'ailleurs, la légèreté spécifique de l'urine vient encore le plus souvent démontrer la pauvreté du sang. La dyspnée, la stupeur et le délire ne diminuent, dans la bronchite capillaire, que lorsque l'expectoration commence à se faire. Les moyens qui ont paru le plus avantageux en Hollande sont les grands vésicatoires appliqués sur la poitrine, les bains, l'ipécacuanha, le soufre doré d'antimoine. Après la guérison, les malades restent encore longtemps faibles, comme cela a lieu après les asphyxies.

Obs. — J. Megens, âgé de dix-neuf ans, entré à l'hôpital de l'Université le 21 juin, avec les symptômes suivants : face pâle, teinte bleuâtre des lèvres, coucher en supination; affaissement et indifférence extrêmes, somnolence; douleurs dans toute la poitrine, devenant plus intenses à chaque respiration; celle-ci, lorsqu'elle est un peu profonde, est suivie d'une toux sèche, convulsive, s'accompagnant d'une violente douleur dans la tête, particulièrement à la région frontale; respiration fréquente et courte; percussion donnant partout un son clair; râle bronchique et bronchophonie très-prononcée; expectoration nulle; 108 pulsations petites et molles; peau chaude et sèche; langue humide et couverte d'un enduit blanc; anorexie, peu de soif et pas de selles (quatre ventouses sur la poitrine, cataplasme, potion oxymellée).

Le 22 juin, pas d'amendement. Saignée de 6 onces qui ne produit non plus aucun effet. Le sang offrait une bonne moitié de sérum, tandis que l'autre moitié consistait en un caillot recouvert d'une couenne grisâtre présentant l'aspect d'une gelée tremblotante. Potion avec 1 gros d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Le 23, même état. Cinq ventouses sur le thorax; continuation de la potion avec l'hydrochlorate d'ammoniaque. Les urines,

d'un jaune clair, ont une pesanteur spécifique de 1,012; elles sont sans énéorème ni sédiment, et ne contiennent qu'une minime proportion d'urée.

Le 24, pas de changement. On prescrit du calomel qui procure six selles liquides et verdâtres, mais sans amener aucune amélioration du côté des voies digestives.

Le 25, l'état du mal est encore empiré; la respiration est très-accélérée, la toux séche et presque continuelle; 124 pulsations très-petites. Nouvelle saignée de six onces qui présente les mêmes caractères que la précédente, sauf que le sérum est plus abondant.

Le 26, aggravation des symptômes : peau brûlante et sèche; langue sèche légèrement chargée; selles involontaires; ventre tendu et météorisé. *Prescription* : bain chaud; large vésicatoire sur la poitrine. Poudre de racine d'ipécacuanha, 12 grains; sucre blanc pulvérisé, 1 gros; mêlez et divisez en six paquets. Un paquet toutes les six heures. Boissons chaudes.

Il y avait à peine une demi-heure que le malade avait pris la première poudre, qu'on lui trouva la face et le corps couverts d'une sueur ruisselant par gouttelettes. Le bain, qui n'avait pas encore été pris, fut contremandé. L'ipécacuanha fut continué toute la journée, et de nouvelles doses furent prescrites pour la nuit. La diaphorèse fut abondante, et, ce que l'on n'avait pas encore vu jusque-là, le malade expectora quelques gros crachats verdâtres, mélangés de stries sanguines et adhérant au vase; la respiration devint plus facile; le pouls, tout en restant fréquent, se développa; il y eut émission d'urines jaunes.

Le 27, l'amélioration est en progrès. Les crachats, examinés au microscope, sont presque entièrement composés de débris d'épithélium et de quelques cellules muqueuses. L'énéorème des urines est également constitué par l'épithélium vésical. On prescrit 12 grains d'ipécacuanha en 12 paquets.

Le 28 au matin, amélioration plus grande encore. Respiration plus facile et plus lente; plus de stries de sang dans les crachats; ronchus muqueux partout très-fort; pouls 108; légère transpiration; urine offrant un nuage assez fort, quoique limpide du reste; on y trouve une grande quantité d'albumine. Le lendemain, on n'y trouve plus d'albumine. On continue encore ce jour-là et le suivant l'ipécacuanha, auquel on associe 3 grains de soufre doré d'antimoine.

A partir du 30, on n'a plus affaire qu'à de légers vestiges de bronchite; la convalescence, toutefois, est pénible, et le malade est encore pâle et faible le 21 juillet, jour de sa sortie.

23. *Sur une variété particulière d'ictère encore peu connue; ipécacuanha.*

(Medical Times.)

M. Corrigan, dans ses Leçons sur les maladies du foie, a parlé d'une sorte d'ictère de cause morale dont voici les principaux caractères. Cette forme d'ictère se rencontre assez généralement dans la classe pauvre, mais plus souvent encore chez des individus de la classe moyenne, menant une vie sédentaire. On l'observe chez les marchands qui ont été malheureux dans leurs affaires, chez des femmes qui s'abandonnent trop au chagrin à la suite de la perte de leur époux ou de leurs proches. Quelquefois aussi la cause n'est pas bien appréciable. L'ictère se déclare subitement et est quelquefois à son plus haut degré d'intensité au bout de trente heures. Il peut persister ainsi depuis plusieurs jours jusqu'à plusieurs semaines, trois mois même. La jaunisse est à peu près la seule lésion fonctionnelle appréciable; les selles sont blanches et les urines se chargent de bile. Tant que les fonctions s'exercent normalement, on n'a rien à craindre; mais pour peu que la tête vienne à se prendre, il survient du délire, du coma, et le malade succombe constamment, quelquefois en quelques heures. M. Corrigan rappelle à ses auditeurs qu'ils ont été, l'hiver dernier, témoins d'un grand nombre de ces sortes de terminaisons fâcheuses à sa clinique. Ainsi, ajoute-t-il, malgré la bénignité que les auteurs attribuent à l'ictère en général, il ne faut pas être complétement rassuré lorsqu'on le voit se développer, chez une mère de famille par exemple, dans les circonstances indiquées plus haut. Cette redoutable variété de jaunisse essentielle, sur laquelle l'anatomie pathologique ne révèle rien, résiste, en général, aux vésicatoires, aux sangsues, aux purgatifs, aux alcalins et aux mercuriaux. Par contre, l'auteur connaît quelques cas qui avaient été jugés incurables et que des charlatans ont guéris à la campagne à l'aide des vomitifs. M. Corrigan s'est décidé à recourir à cette médication, et, depuis cinq ans qu'il l'emploie, il n'a pas perdu un seul malade, pourvu que le mal fût traité avant le développement des symptômes cérébraux. Il prescrit d'habitude un demi-gros d'ipécacuanha tous les deux jours, jusqu'à ce que l'ictère ait disparu. Deux prises suffisent quelquefois. L'ipécacuanha purge quelquefois en même temps. Si cet effet n'a pas lieu, il est bon de donner un purgatif qui ne colore pas les matières fécales, comme la magnésie ou une décoction d'aloès, afin de s'assurer si les fonctions biliaires se sont rétablies.

24. *Sur le diagnostic, la marche et le traitement de la fièvre intermittente chez les très-jeunes enfants;* par le docteur H. PETZOLD, médecin-praticien et chirurgien de district à Fohrenberg.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

Le jeune âge, on peut le dire, malgré le peu de documents fournis par les auteurs relativement à ce point de pathologie, le jeune âge n'est point une sauvegarde contre la fièvre intermittente. Si ce fait a été nié, c'est que l'on a méconnu la nature de la maladie, erreur dans laquelle il m'est souvent arrivé à moi-même de tomber. Il ne faut pas croire, en effet, que les périodes de la fièvre d'accès soient aussi bien dessinées chez l'enfant que chez l'adulte. Ainsi, l'intermission est rarement assez complète pour sauter aux yeux comme chez ce dernier. Pendant l'apyrexie, l'enfant reste malingre et souffreteux; son visage est pâle, son sommeil est agité, l'appétit est nul, et les fonctions intestinales sont dérangées. Le frisson n'est pas aussi marqué chez l'enfant que chez l'adulte, soit parce que le premier ne saurait, comme celui-ci, rendre compte de ses sensations, soit parce que le reflux du sang sur les organes internes n'est peut-être pas aussi intense ni d'aussi longue durée dans l'enfance qu'à un âge plus avancé. On peut dire de la chaleur et de la sueur la même chose que du frisson. Ce dernier ayant été peu marqué, il s'ensuit que la chaleur se fait moins remarquer aux yeux de l'observateur, et ainsi de la sueur qui pourtant ne manque jamais; elle est d'ailleurs partielle à son début et ne diffère pas sensiblement de celle qu'on observe dans les autres maladies. Vient enfin la périodicité des accès; mais, pour qu'elle fût bien marquée, il faudrait que l'apyrexie fût complète, de sorte qu'il vient rarement à la pensée de l'observateur de s'enquérir des circonstances qui pourraient le mettre sur la voie du diagnostic.

Cependant les fièvres d'accès s'observent chez les très-jeunes enfants. Je l'ai observée deux fois chez des enfants de deux mois; trois fois chez des enfants de six à neuf mois; une fois à dix mois; trois fois d'un an à un an et demi, et trois autres fois depuis cet âge jusqu'à trois ans. Je l'ai observée souvent aussi au-dessus de cet âge.

Symptômes. — Il est assez difficile de faire une histoire complète de la fièvre intermittente chez les très-jeunes enfants. Ce qui peut mettre sur la voie de l'observation, c'est qu'on ne l'observe chez les jeunes enfants que dans les localités où elle sévit concomitamment chez les adultes. En général, voici quelle est la marche de la maladie :

L'enfant, qui jusque-là était gai et bien portant, devient tout à coup et sans cause connue agité ; le visage pâlit et prend un aspect tout particulier ; les yeux s'enfoncent dans leurs orbites ; les traits s'étirent ; les mains et les pieds se refroidissent et se contractent comme dans les crampes ; l'enfant pleure et semble en proie à une angoisse inexprimable ; une sueur froide et visqueuse se développe aux extrémités ; le pouls se sent à peine, et l'on dirait que l'enfant va mourir.

Ce stade ne dure guère que cinq à dix minutes ; alors la scène change : les mains et les pieds se réchauffent ; le visage se colore ; les cris cessent et les membres se détendent ; la chaleur revient à la peau ; le pouls se relève et se remplit ; la tête devient bientôt le siége d'une chaleur intense ; le front est brûlant ; les artères temporales battent avec force, et les fontanelles, si elles existent encore, sont soulevées ; les pupilles se dilatent, les yeux se fixent ; l'enfant, qui jusque-là remuait continuellement, s'enfonce sous ses couvertures et paraît privé de sentiment. On croit avoir affaire à des symptômes cérébraux graves, à une méningite ; mais non, ce n'est là que le prélude d'un sommeil calme et profond qui s'annonce par des bâillements. Si on tâte alors le pouls, on le trouve moins agité et moins dur qu'auparavant. Le médecin renonce à faire une médecine active ; il attend le réveil de l'enfant, en se bornant au rôle d'observateur. Il voit ensuite comme des perles de sueur couvrir le nez d'abord, puis les joues, puis le front de son malade ; le cou s'en couvre à son tour, et bientôt le corps entier est baigné de sueur ; cependant l'enfant continue de dormir paisiblement. Au bout de trois ou quatre heures, quelquefois plus, l'enfant se réveille en pleine connaissance. S'il est en âge de parler, il demande à boire ; dans le cas contraire, il fait un mouvement significatif des lèvres et boit avec avidité le liquide qu'on lui présente, s'il est doux et rafraîchissant.

Après l'accès, l'enfant se trouve mieux ; cependant il ne recouvre pas sa fraîcheur ni sa gaîté primitives ; il est chagrin, de mauvaise humeur ; la langue est chargée ; les pupilles sont un peu dilatées ; il se mord les lèvres, s'enfonce les doigts dans les narines ; le ventre est un peu ballonné, ce qui porte le médecin à croire, si l'enfant est déjà d'un certain âge, qu'il s'agit d'une affection vermineuse ; et alors il prescrit des purgatifs légers, du tartrate et de l'acétate de potasse, etc., puis des anthelmintiques ; l'enfant ne mange pas avec appétit et dort mal. Il reste ainsi souffrant jusqu'au lendemain ou au surlendemain. Alors il redevient plus malade ; la fièvre est violente et s'accompagne souvent,

dès le début, d'une chaleur intense ; la respiration s'accélère, les pupilles se dilatent, et il survient des convulsions. Si le médecin a perdu de vue le paroxysme précédent, ou s'il est appelé pour la première fois, il lui est difficile de reconnaître là un second accès de fièvre intermittente. Ce qui tend surtout à l'induire en erreur, c'est que le frisson est nul ou insignifiant, et que les accès chez les enfants ont coutume d'anticiper ; de sorte qu'il manque là le signe le plus caractéristique de la maladie, le retour du paroxysme à la même heure.

Le second accès se termine aussi par le sommeil, si on ne le trouble pas par une médication intempestive. L'enfant, lors de son réveil, est un peu plus gai qu'auparavant, il boit avec empressement et mange avec quelque appétit.

C'est ainsi que se succèdent un troisième, un quatrième et un cinquième accès, avec cette circonstance, toutefois, que les apyrexies deviennent de plus en plus insignifiantes et de plus en plus courtes : l'enfant reste bien évidemment malade ; il est pâle et de mauvaise humeur ; il s'étiole ; le ventre se ballonne un peu, les jambes maigrissent ; les ganglions se tuméfient ; et comme il continue dans l'intermission à avoir de la fièvre, l'ensemble de ces symptômes présente les caractères de la fièvre mésentérique ou de la fièvre rémittente des enfants, et c'est en effet à quoi aboutit la maladie si elle traîne en longueur.

Les accès sont quelquefois si violents que la mort arrive de bonne heure. C'est ainsi que j'ai observé au premier ou au second paroxysme une congestion cérébrale assez forte pour déterminer une méningite mortelle. Chez un très-petit enfant, le premier accès présenta l'aspect du choléra ; il s'annonça par un refroidissement des extrémités, accompagné d'un collapsus avec crampes, coliques et un vomissement tel que je crus avoir sous les yeux une attaque de choléra mortel ; je ne fus mis sur la voie que par le retour de la chaleur et la répétition de nouveaux accès. Dans deux cas, les paroxysmes s'accompagnèrent d'une abondante hémorrhagie nasale, et chez un troisième enfant il y avait une dyspnée et un point de côté si intense, que j'eusse diagnostiqué une pleurésie, s'il n'était survenu un second et un 3e accès.

Étiologie. — Il y a peu de chose à dire sur ce point, les causes de la fièvre intermittente étant probablement les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte. Je pense que si elle est plus rare chez le premier que chez le second, c'est parce que les très-jeunes enfants, restant davantage à la maison, s'exposent moins au froid et aux miasmes paludéens. Cependant il n'est pas rare

d'observer dans le même ménage la fièvre intermittente chez le grand-père, le fils et le petit-fils encore en bas âge.

Pronostic. — Il est, en général, plus grave aux deux extrêmes de la vie que dans l'âge intermédiaire. Le vieillard survit rarement au quatrième ou au cinquième accès; dès le troisième, ordinairement, le type intermittent passe au type continu; le malade tombe dans le collapsus et succombe, soit par l'effet d'un véritable typhus de forme aiguë, soit d'une cachexie anémique de forme chronique. Les choses ne se passent pas autrement chez l'enfant, et le pronostic est d'autant plus grave que celui-ci est plus jeune; rarement alors arrive-t-il au troisième accès. Le quatrième, souvent même le troisième, se termine par des convulsions et par une mort subite; on trouve alors un épanchement dans les ventricules cérébraux avec ou sans encéphalo-méningite. La réaction s'opère-t-elle mieux, la maladie est moins aiguë; alors il se développe, soit une fièvre continue rémittente, soit une véritable cachexie chlorotique. Mais tandis que chez le vieillard l'intoxication miasmatique, dans sa forme aiguë, aboutit à un état typhoïde, chez l'enfant elle finit par une encéphalite, peut-être parce qu'il y a, chez le premier, prédominance d'action du canal digestif, et, chez le second, prédominance de l'encéphale. Je n'ai jamais eu l'occasion de voir si un véritable typhus peut, chez l'enfant, suivre la fièvre intermittente.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre intermittente chez les enfants n'est rien moins que facile. Par la description qui vient d'être donnée de la maladie, on voit déjà combien il est aisé de la méconnaître ou de la confondre avec d'autres. Le seul signe qui puisse servir de guide est la périodicité des accès; mais on n'a pas le loisir d'attendre ni d'observer comme chez les adultes, puisque le quatrième accès est souvent mortel, ou qu'alors la maladie change de caractère. Le diagnostic devra être basé sur les considérations suivantes : 1° l'existence de la fièvre intermittente dans la localité; 2° s'enquérir de la santé antérieure de l'enfant, comment l'accès a commencé, combien de temps il a duré, comment il a fini; 3° demander comment l'enfant se trouve avant et après l'accès; 4° examiner s'il n'existe pas quelque lésion organique qui puisse expliquer la pâleur, l'état de souffrance et surtout les recrudescences; 5° demander s'il y a eu plusieurs accès et s'informer soigneusement de toutes les circonstances de ces accès, s'ils reviennent à la même heure, s'ils n'avancent pas ou s'ils ne retardent pas.

Traitement. — Une fois le diagnostic bien établi, les règles du traitement sont basées sur des principes certains. Ce qu'il faut

avant tout, c'est couper la fièvre le plus tôt possible, pour nous servir du langage ordinaire. Il ne faut donc point rester quelque temps dans l'expectation, comme on le fait quelquefois chez les adultes; et même, en ce qui regarde ces derniers, je ferai observer, en passant, que je suis loin d'approuver les praticiens qui laissent passer cinq ou six accès sans rien faire : pendant ce temps perdu, il s'établit des physconies ou engorgements des viscères abdominaux, dont on a ensuite bien du mal à débarrasser les malades. L'expérience nous apprend que l'écorce du Pérou et ses préparations sont le meilleur moyen pour guérir la fièvre intermittente, et que plus celle-ci est ancienne, plus il est difficile d'en triompher : ceci s'applique surtout aux enfants chez lesquels les dangers s'accroissent si rapidement en raison du nombre des accès ; aussi doit-on y avoir immédiatement recours, à moins de contre-indications formelles du côté des complications.

Mais il existe des difficultés pratiques dans le traitement de la fièvre intermittente chez les petits enfants : 1° à reconnaître les complications et à s'en rendre maître ; 2° à bien saisir au passage la période apyrétique, afin d'administrer le fébrifuge à propos ; 3° à administrer ce dernier sous les formes et aux doses convenables.

Les *complications* ne sont pas autre chose que les diverses formes pernicieuses de l'accès, variables suivant les individus. En général, on doit réveiller les sens par des moyens appropriés. Ainsi le petit malade est quelquefois dans un état de collapsus qui nécessite l'emploi des excitants ; il faut alors avoir recours à de petites doses de vin chaud : chez les pauvres gens, je prescris de l'infusion de camomille chaude avec un peu d'eau-de-vie ; je fais en même temps envelopper l'enfant dans des linges chauds. Lorsqu'il y a une congestion vers la tête avec chaleur, délire, dilatation des pupilles, pouls développé, je fais faire sur la tête des applications de linges froids ou de glace ; j'ai bien soin, toutefois, de les faire supprimer dès que l'enfant paraît être sur le point de s'endormir, parce que le sommeil s'accompagne ordinairement d'une sueur bienfaisante. Pour la saignée, elle est à éviter, non-seulement dans l'espèce, mais encore dans toutes les maladies éruptives et dans celles qui s'accompagnent de phénomènes critiques à peu près constants. Si on avait du temps à perdre dans les cas de fièvre intermittente, je donnerais volontiers un vomitif ou un purgatif doux. Mais les complications sont rarement importantes dans l'apyrexie, et il faut, avant tout, profiter de cette dernière pour donner le précieux fébrifuge à des doses suffisantes et plusieurs fois répétées. Le bon moment pour

l'administrer est celui où l'enfant vient de s'éveiller. Il ne faut pas tenir compte de l'état sabural de la langue ni de quelques nausées, etc. ; on est d'ailleurs toujours à même, tout en donnant le fébrifuge, de prescrire des lavements, de l'eau de Seltz avec du sucre ou une dissolution de tartrate de potasse.

Parmi les préparations de quinquina, c'est à la quinine qu'il faut donner la préférence. Mais elle n'est pas aisée à administrer aux enfants. La teinture alcoolique de quinquina, dans laquelle il y a de l'acide sulfurique et du sulfate de quinine, est très-excitante, très-désagréable au goût, et d'un effet peu certain. La méthode endermique et les lavements de quinine ont de graves inconvénients et n'ont qu'une action trop lente pour un cas aussi pressant. C'est par la bouche qu'il faut administrer la quinine aux enfants ; car c'est la seule voie par laquelle on en puisse introduire une dose suffisante dans l'organisme. La cinchonine est moins amère que la quinine ; mais elle a besoin d'être administrée à plus forte dose : or, elle ne peut pas plus que cette dernière être administrée en poudre ou en pilules. Voici la formule à laquelle j'ai ordinairement recours :

Pr. : Miel purifié.	1	once 1/2	(45 grammes) ;
Sulfate de quinine. . . .	15	grains	(80 centigr.) ;
Mixture d'acide sulfurique (1)	1	gros	(4 grammes).

Mêlez exactement. 1 cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures, après avoir remué.

Ce miel a encore un peu d'amertume ; néanmoins les enfants le prennent généralement sans trop de répugnance. Chez les très-jeunes enfants, on remplace la mixture acide par de l'eau.

Il faut, autant que possible, ne pas manquer de donner toutes les heures une cuillerée de cette préparation, et même deux aux enfants déjà grands, sans interrompre pendant la nuit. L'accès suivant manque d'habitude ; l'enfant est vif et gai ; tout en lui annonce le bien-être. Mais il faut continuer de prescrire le médicament pendant deux ou même trois jours encore. On peut ensuite prescrire un purgatif s'il est indiqué.

S'il revient un accès, il convient d'attendre qu'il soit passé pour revenir au quinquina. Si la fièvre dégénère en continue, en remittente ou en ataxique, il faut y renoncer, pour satisfaire aux indications toutes différentes qui se présentent alors.

(1) Cette mixture est un mélange d'eau pure et d'oxymel simple aiguisé d'acide sulfurique. (*Note du rédacteur.*)

25. *Du traitement du purpura hemorrhagica par l'huile essentielle de térébenthine*; par le docteur J. M. NELIGAN, médecin du Jervis-Street Hospital à Dublin.

(The Dublin Journal of medical Science.)

Au printemps de 1840, j'eus à traiter huit cas de purpura hemorrhagica des plus graves. Les malades habitaient tous un quartier misérable et étaient d'une constitution détériorée par le travail excessif et la nourriture insuffisante. Dans les deux premiers cas, me fondant sur le caractère asthénique de la maladie, je mis en usage le traitement tonique, mais sans succès. Dans le troisième cas, j'eus recours aux purgatifs répétés : le résultat ne fut pas plus favorable. Dans le quatrième cas, qui présentait un sujet plus jeune et moins affaibli, le traitement par les purgatifs fut suivi de la guérison.

Le résultat de ces quatre cas fut de m'inspirer fort peu de confiance dans le quinquina et les acides, et de me faire porter un jugement plus favorable sur les purgatifs. Je pensai toutefois que je pourrais obtenir de meilleurs résultats encore de l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine, qui possède tout à la fois des propriétés purgatives énergiques et la propriété d'arrêter les hémorrhagies dépendantes d'un état d'atonie des petits vaisseaux, action qu'elle doit à ses qualités comme stimulant diffusible; en conséquence, j'employai ce médicament dans quatre cas de purpura hemorrhagica qui se présentèrent à moi, et dans tous les quatre la guérison s'effectua. Je prescrivis l'huile de térébenthine en potion et en lavement, à la dose d'une once à une once et demie pour un adulte, et de 2 à 4 gros pour un enfant, unie en général à de l'huile de ricin, pour rendre l'action purgative plus certaine.

Depuis cette époque, j'ai employé l'huile de térébenthine dans tous les cas de purpura hemorrhagica que j'ai eu à traiter, et toujours son usage a été utile. Au reste, les observations suivantes feront mieux connaître que je ne pourrais le faire moi-même le mode d'administration thérapeutique du médicament.

OBS. I. — *Angine. — Anorexie et faiblesse générale chez un sujet exposé à la contagion de la scarlatine ; purpura hemorrhagica. Traitement par l'huile essentielle de térébenthine à haute dose; guérison rapide.* — Anne Welby, jeune fille de 6 ans, bien développée, fut admise à l'hôpital le 11 avril 1843. Elle est robuste, mais très-pâle, et ses traits ont une expression de langueur et d'anxiété; les lèvres et les narines sont couvertes de sang noir

coagulé ; le sang coule lentement du bord des gencives. Le corps est couvert d'une éruption de petites taches circulaires d'environ 2 lignes de diamètre, variant de couleur entre le noir violacé et le rouge pourpre du sang artériel : les taches avaient toutes à peu près la même grandeur et étaient parfaitement circulaires ; quelques-unes cependant ressemblaient à des vibices pour la couleur et la forme : l'éruption ne change pas de coloration sous la pression du doigt, elle n'offre non plus aucune différence dans les diverses parties du corps. Quelques-unes des taches sont proéminentes, et il en est qui forment de véritables bulles remplies de sang, qui se rompent au moindre effort. Deux ou trois taches existent aux bords des lèvres, ainsi que sur la membrane muqueuse de la bouche; la langue est humide, recouverte d'un léger enduit; les papilles sont rouges et saillantes ; l'isthme du gosier est très-rouge ; l'amygdale droite, très-volumineuse, est d'un rouge-brun foncé ; le pouls petit et dur ; la respiration lente ; pas de toux ni d'expectoration.

Les antécédents étaient les suivants : la jeune malade couchait dans le même lit qu'une sœur et un frère qui venaient d'être atteints de scarlatine. Le jeudi 6 avril, on remarqua plusieurs fois qu'elle changeait de couleur : elle abandonna ses jeux et ne voulut pas manger. Le lendemain, elle se plaignit d'un mal de gorge intense, et la mère reconnut qu'il y avait du gonflement. Il existait des nausées. Le troisième jour, pas de changement. Le dimanche matin, l'éruption commença à paraître : les gencives saignaient, et dans le courant de la journée il y eut des urines, des selles et des vomissements sanguinolents. Il y eut aussi plusieurs épistaxis, mais peu intenses et qui cessèrent spontanément. Le lundi soir, elle entra à l'hôpital.

Le 12. Il y a eu beaucoup d'agitation pendant la nuit : la petite malade ne veut prendre ni boissons ni aliments ; il y a eu peu de sommeil. Ce matin, la figure a toujours une expression de langueur ; l'affaissement est augmenté : cependant le pouls ne présente aucun changement. La malade ne peut point répondre aux questions qu'on lui adresse, ni ouvrir la bouche ni montrer sa langue. La peau est couverte d'un grand nombre de taches d'un rouge vif ; les taches précédemment notées ont pris une coloration plus foncée. Il n'y a pas eu d'épistaxis depuis l'entrée de la malade. Le sang continue à suinter des gencives, et quelquefois du nez que l'enfant irrite continuellement avec ses doigts. L'urine était très-foncée. Pas de selles. *Prescription :* Prendre la potion suivante :

Huile essentielle de térébenthine et huile de ricin, de chaque

3 gros ; eau de menthe, une demi-once. On la répétera le soir, s'il n'y a pas eu de selle.

Le 13. La potion a été administrée deux fois; mais elle a chaque fois déterminé de prompts vomissements : cependant il est probable que le tout n'a pas été rejeté. Il n'y a pas eu d'action produite sur le canal intestinal ; en conséquence, je prescris : calomel et scammonée, de chaque 5 grains.

L'éruption n'a éprouvé aucun changement. La peau est chaude, le pouls dur, donnant environ 130 pulsations ; la langue est moins rouge que lors de l'entrée de la malade, mais elle est toujours revêtue d'un enduit peu épais; l'isthme du gosier est rouge ; il y a moins de tuméfaction de l'amygdale. Il n'y a pas eu de selles. Pas de douleur : un peu d'accélération de la respiration ; pas de toux. — Prendre un lavement composé d'huile de térébenthine et d'huile de ricin, de chaque une demi-once ; décoction d'orge, 10 onces.

Le 14. Le lavement a eu une action énergique ; il a procuré l'évacuation d'une grande quantité de matières fécales mêlées à du sang en caillots. L'amélioration dans l'aspect de la malade est des plus marquées. La figure a en partie repris ses couleurs et son animation. La malade est assise dans son lit où elle s'amuse ; elle répond sans difficulté aux questions qu'on lui adresse. Le pouls est moins fréquent et moins dur ; la langue est nette et humide, la peau fraîche. Il ne s'est pas formé de nouvelles taches ; les anciennes ont pris une coloration plus foncée. *Prescription* : un lavement avec 2 gros d'huile de térébenthine et de ricin.

Le 15. L'amélioration continue. — Répéter le lavement.

Le 16. Les déjections alvines sont encore en grande partie formées de sang coagulé ; mais on y reconnaît une plus grande proportion de matières fécales. Pouls à 120 : respiration à 24. Peau d'une température naturelle : l'éruption commence à s'effacer. L'expression de la figure est gaie et naturelle. — Répéter le lavement.

Le 17. Il y a eu deux selles parfaitement naturelles. La jeune malade se sent tout à fait bien. Les taches s'effacent notablement.

Le 20. L'éruption est à peine reconnaissable : le ventre étant un peu resserré, on donne un laxatif composé de calomel et de scammonée.

Le 24, la malade sort guérie de l'hôpital.

Cette enfant fut admise de nouveau le 2 janvier 1845, près de deux ans après son premier séjour, pour une seconde attaque de purpura, mais beaucoup moins intense que la première fois.

L'huile de térébenthine fut administrée en potion sans la combiner avec l'huile de ricin, à la dose d'un gros soir et matin pendant cinq jours. Elle surnageait à la surface d'eau de menthe : sous cette forme, l'estomac la supporta très-bien ; il y eut trois à quatre selles chaque jour. Dès le 7 janvier, sixième jour de l'apparition des taches, l'enfant était guérie ; mais elle ne quitta l'hôpital que le 12.

Obs. II. — *Purpura hémorrhagica chez un adulte. — Traitement par l'huile de térébenthine à haute dose; guérison.* — W. Hanagan, âgé de 50 ans, journalier, est entré à l'hôpital le 1er juillet 1845. Le tronc et les membres sont entièrement couverts de petites taches circulaires de grandeur et de couleur variées, ayant d'une demi-ligne à une ligne de diamètre, et d'une coloration variant entre le rouge vif du sang artériel et le pourpre noir. Il existe aussi plusieurs plaques larges d'ecchymose d'une couleur violacée et verdâtre : c'est surtout à la mamelle droite, aux coudes, aux reins et aux mollets que se remarquent ces ecchymoses. La pression ne détermine aucun changement dans la coloration des taches. Le malade se plaint beaucoup de faiblesse, de douleurs dans le dos, et d'une lassitude générale, qui, depuis le commencement de sa maladie, l'ont empêché de travailler. Il rejette continuellement, par l'expectoration, du mucus mousseux rougi par du sang ; les genvices saignent un peu, et le malade dit qu'avant son entrée il a rendu du sang par les selles. Le pouls est à 60, il est faible et dépressible. La maigreur est considérable ; les traits expriment l'anxiété.

Dans sa jeunesse, le malade a été fort adonné à l'intempérance ; néanmoins il a joui d'une parfaite santé jusqu'à l'apparition de la maladie actuelle, il y a six mois environ. Depuis lors elle a reparu plusieurs fois, mais jamais aussi intense qu'en ce moment. Entré à l'hôpital lors de la première apparition de la maladie, il sortit guéri ; mais l'affection reparut au bout de trois mois : il revint dans le même hôpital ; mais il sortit avant que les taches eussent entièrement disparu. A peine quelques jours s'étaient écoulés depuis sa sortie, qu'elles augmentèrent en nombre et en étendue : depuis lors elles n'ont plus cessé. La grandeur des taches, les déjections sanguines, les crachats et la prostration profonde des forces, l'obligèrent à revenir à l'hôpital.

Le 2 juillet. Beaucoup de taches nouvelles ont apparu depuis hier : il n'y a pas eu de selles. — Prendre la potion suivante : Huile de térébenthine, une once et demie ; sirop, 2 onces ; eau de menthe poivrée, 2 onces.

Le 3. La potion a produit chez lui des phénomènes d'intoxi-

cation. Il y a eu des selles et des vomissements répétés. Les matières fécales sont mêlées à du sang coagulé. Néanmoins le malade se sent mieux aujourd'hui, il a plus d'appétit qu'il n'en avait depuis longtemps. Les taches sont plus noires que lors de son entrée, il en a paru quelques nouvelles ; mais les crachats ne sont plus sanguinolents.

Le 4. Les larges ecchymoses se résorbent et prennent une couleur jaune-verdâtre : les petites taches disparaissent. Encore quelques crachats sanglants. Pas de selles. Lavement avec une once et demie d'huile de térébenthine.

Le 5. Amélioration notable : seulement les crachats contiennent plus de sang. Le lavement n'a amené qu'une seule évacuation : pas de sang dans les matières. Potion avec une once d'huile de térébenthine.

Le 7. L'amélioration continue. Les ecchymoses et les taches disparaissent graduellement. Ventre resserré.—Répéter la potion. Alimentation abondante.

Le 9. Le malade se trouve tout à fait bien. On n'aperçoit plus de taches, et les ecchymoses ont beaucoup perdu de leur étendue. Il n'y a pas eu d'expectoration depuis deux jours : comme il y a de la constipation, on lui donne de l'huile de ricin.

Le 12. Notre malade a été renvoyé complétement guéri : la peau ne présente plus la moindre tache ni ecchymose.

La troisième observation est relative à un enfant de cinq ans, de faible constitution. Après deux jours de fièvre légère, le corps s'était couvert, en une nuit, d'une éruption abondante de taches de purpura : aux fesses existaient deux larges ecchymoses résultant de la pression du lit ; les selles étaient faciles, elles contenaient beaucoup de sang coagulé. L'huile de térébenthine fut administrée en potion à la dose de cinq grammes, répétée deux fois par jour. L'enfant ne fut retenu au lit que pendant cinq jours, et le sixième jour il restait à peine quelques traces de la maladie.

Ce dernier cas me paraît offrir un intérêt particulier, surtout en le rapprochant de la première observation que j'ai donnée; car il s'agissait ici d'un enfant très-délicat, d'une constitution scrofuleuse, tandis que la jeune Welby, sujet de notre première observation, était forte et bien constituée, et avait des couleurs très-prononcées qu'elle retrouva après sa guérison. Il en résulte que ce mode de traitement est également applicable chez les sujets robustes et débilités ; ce qui, pour moi, résulte clairement des faits que j'ai observés depuis cinq ans.

26. *Emploi du musc contre la coqueluche.*

(Journal für Kinderkrankheiten.)

M. le docteur Lefèvre, de Saint-Pétersbourg, dit que le musc a une grande efficacité contre la coqueluche dans les climats septentrionaux. A Saint-Pétersbourg, on ne peut envoyer les petits malades à la campagne que pendant un bien court espace de temps, ce qui fait que la coqueluche est d'une très-longue durée dans cette ville. Lorsque la période fébrile de la coqueluche est passée, c'est-à-dire vers la fin du troisième septénaire, on peut diminuer les accidents de cette affection. M. Lefèvre a observé d'excellents effets, tant dans sa pratique que dans celle de ses confrères, de l'administration de 5 centigrammes de musc répétée trois ou quatre fois par jour. Les quintes de toux les plus violentes se modèrent très-notablement en peu de jours. M. Lefèvre pense que si l'on est appelé au début de la maladie, il est bon de faire précéder l'administration du musc de l'application de quelques sangsues aux tempes.

---

27. *Delirium tremens chez un enfant de cinq ans. — Guérison.*

(Neue Zeitschrift für Geburtskunde.)

Le professeur Hohl, de Halle, rapporte ce fait, remarquable tant par l'âge insolite du sujet, que par la circonstance non moins insolite qui y a donné lieu.

Obs. — Un jeune garçon de cinq ans et sa sœur avalèrent, par mégarde, une notable quantité d'eau-de-vie qu'ils avaient prise pour de l'eau. La petite fille fut trouvée étendue par terre et le petit garçon se livrant, autour de la table, à des ébats joyeux, mais mal assurés. On les transporta tous les deux au lit; le petit garçon vomit, passa la nuit dans l'agitation, et ne dormit que sur le matin. A son réveil, il fut pris tout à coup d'un tremblement des mains tel, qu'il ne pouvait soutenir la tasse dans laquelle il buvait; puis il y eut bientôt ensuite des mouvements convulsifs du visage et des crampes. Lorsque le docteur Hohl vit l'enfant, le tremblement des extrémités supérieures était tel qu'il ne pouvait tâter le pouls. Il y avait aussi de légers soubresauts des tendons. Le pouls était lent, le regard comme effrayé, la pupille dilatée et le visage pâle. L'enfant avait en outre du délire et poussait des cris. Il demandait fréquemment à boire; il existait de la dysurie. On prescrivit un lavement vinaigré, et à l'intérieur du calomel et du jalap. Un cataplasme fut mis sur le bas-ventre. Les symptômes s'amendèrent vers le milieu du jour. Les

urines commencèrent à sortir librement; les selles vinrent en abondance après l'administration d'un nouveau lavement. Mais, sur le soir, il y eut retour du délire, du tremblement et des divers symptômes nerveux précédemment cités. L'œil était brillant; le pouls avait augmenté de fréquence. On mit six sangsues au front; on administra toutes les heures un demi-grain de calomel avec trois gouttes de teinture thébaïque; à la troisième prise, le malade tomba dans un sommeil profond et réparateur, qui fut suivi du retour à la santé.

Chez la petite fille, on n'eut affaire qu'aux suites ordinaires de l'ivresse.

---

28. *Rétention d'urine causée par des hémorrhoïdes de la vessie; nécessité de la ponction de cet organe;* par M. Krause.

(Zeitschrift für die gesammte Medicin.)

Un homme de soixante-trois ans, de haute stature, eut, il y a 16 ans, des hémorrhoïdes volumineuses qui s'étranglèrent et que l'on fut obligé d'opérer. Il en eut une seconde atteinte il y a cinq ou six ans. On parvint à calmer les accidents sans opération. Vers la même époque, il eut une hernie inguinale volumineuse qui l'incommoda beaucoup depuis.

Dans le courant de juillet 1843, ce malade eut une rétention subite d'urine avec ténesme vésical, six heures après avoir uriné avec la plus grande facilité. On fut obligé de sonder le malade, qui urina ensuite librement jusqu'au mois de septembre où il survint une nouvelle rétention. La prostate fut trouvée médiocrement tuméfiée; au pourtour de l'anus il existait des tumeurs hémorrhoïdales de deux centimètres de longueur environ. Il y avait du ténesme vésical avec des démangeaisons au méat. Le malade fut sondé sans trop de difficulté; on prescrivit des sangsues à l'anus, des fomentations narcotiques au périnée, et des purgatifs pour combattre la constipation qui s'était surajoutée à ces symptômes. Le soir et le surlendemain, on dut sonder de nouveau le malade; mais le ténesme avait disparu. Au bout d'une huitaine de jours, le malade put retourner à ses occupations habituelles.

Le 31 mai de l'année suivante, le malade éprouva une nouvelle rétention d'urine, à la suite d'un refroidissement. Le cathéter ne put, cette fois, franchir le col de la vessie; chaque fois qu'on le retirait, il sortait une grande quantité de sang mélangé à des mucosités et à de petits caillots. L'état du malade devint alarmant, au moral surtout. On eut recours à des cata-

plasmes narcotiques, à des lavements antispasmodiques et au camphre administré à l'intérieur, ce qui calma un peu les symptômes nerveux, mais seulement pour un instant; car ils reparurent au bout d'une demi-heure : une nouvelle tentative de cathétérisme fut suivie de violentes douleurs et d'hémorrhagie. Les accidents augmentèrent, et rien ne put les calmer. Le malade n'avait pas uriné depuis 30 heures et était en proie aux plus cruelles angoisses ; la vessie avait le volume de la tête d'un enfant et ne pouvait supporter le moindre attouchement. On résolut d'en pratiquer la ponction.

Celle-ci fut pratiquée, le 1er juin, à deux centimètres environ au-dessus de la symphyse pubienne ; elle donna issue à une grande quantité d'urine trouble. Le malade se sentit fort soulagé. Une sonde en gomme élastique fut introduite à demeure, et des applications froides furent faites sur l'hypogastre. Le ténesme vésical cessa.

Le 3 juin, on put faire pénétrer par l'urèthre jusque dans la vessie une sonde de gomme élastique qui procura la sortie d'une assez grande quantité d'urine sanguinolente. On supprima alors l'ouverture sus-pubienne, et le cathéter uréthral laissé à demeure fournit de l'urine toute la journée. Les jours suivants, les douleurs disparurent, et l'on put sonder facilement le malade.

Le 16 juin, l'ouverture sus-pubienne étant cicatrisée, on cherche à faire uriner le malade seul ; mais il ne peut y parvenir.

Le 18, nouvelles tentatives pour faire uriner le malade seul : elles n'aboutissent qu'à faire rompre la cicatrice sus-pubienne par laquelle il sort environ deux cuillerées d'urine et de pus. On replace la sonde. Le 24, autres tentatives amenant les mêmes résultats. Le 30, par suite de ces ruptures successives de la cicatrice, il se développe à l'entour de la petite plaie une tumeur qui acquiert le volume d'un œuf. Quelques jours après, cette tumeur s'affaissa ; en même temps il sortit par l'urèthre un peu d'urine mêlée de pus, et les douleurs disparurent. On sonda le malade ; il sortit du pus et de petits caillots en quantité considérable : le soir, le ténesme vésical revint ; la plaie sus-pubienne se rouvrit, il en sortit du pus et de l'urine. Le malade eut du délire le soir ; cependant il dormit bien. Le lendemain, il fut agréablement surpris de voir qu'il pouvait pour la première fois uriner seul et sans douleurs. Il sortit un peu de pus et d'urine par la plaie. Le malade put dès lors uriner seul.

Le mois suivant, le malade put se lever. La plaie hypogastrique était cicatrisée. L'urine était néanmoins encore chargée de mucus.

29. *Eau de goudron à l'intérieur contre les dartres hémorrhoïdaires ;* par le docteur JAFFÉ, de Hambourg.

(Zeitschrift für die Gesammte medicin.)

L'auteur rapporte qu'un homme de trente-huit ans, affecté d'hémorrhoïdes, était depuis plusieurs années en proie à une éruption eczémateuse de la marge de l'anus, qui était devenue la source de démangeaisons insupportables. On avait employé toutes les ressources de l'art usitées en pareil cas, et il n'avait obtenu quelque effet que des eaux d'Helgoland et de la pommade de goudron ; mais celle-ci, en faisant rétrocéder l'éruption, avait causé une sorte de métastase sur le cerveau qui n'avait cédé qu'à la réapparition de la maladie primitive. M. Jaffé, consulté en décembre 1843, conseilla néanmoins l'eau de goudron à l'intérieur à la la dose de deux verres par jour. Le premier effet de ce remède fut d'amener une diurèse abondante. Le malade recouvra promptement le sommeil. L'éruption eczémateuse se sécha. Au bout de huit jours, la dose de l'eau de goudron fut portée à deux grands verres par jour. Pendant les deux premières semaines, le malade prit tous les deux jours un bain sulfureux. Au bout d'un mois, le malade parut complétement débarrassé de son affection. Pour mieux assurer la guérison, on mit un cautère au malade. Six mois après, elle ne s'était pas démentie, et le malade avait recouvré toutes les apparences d'une santé parfaite.

Voici comment M. Jaffé fait préparer l'eau de goudron : on met ensemble une livre de goudron et trois livres d'eau dans un vase pendant vingt-quatre heures, puis on décante l'eau qui surnage et on filtre. On ajoute à cette eau une préparation aromatique pour en masquer la saveur.

---

30. *Du nitrate d'argent à l'intérieur dans le cas de menstruation trop abondante ;* par le docteur DITTERICH.

(Neue Medicinisch-Chirurgirche Zeitung.)

Les femmes trop fortement menstruées ont ordinairement, avant chaque époque, un écoulement muqueux considérable du vagin. C'est dans ces circonstances que M. Ditterich assure avoir administré avec avantage le nitrate d'argent. Il fait dissoudre 3 grains (15 centigr.) de ce sel dans 2 gros (8 grammes) d'eau distillée. La malade prend 10 à 15 gouttes de cette solution dans de l'eau sucrée, trois fois par jour. Il a vu le flux menstruel considérablement diminué au bout de dix jours de l'emploi de ce liquide. En cas de récidive, il convient d'y revenir. Cette

médication a également procuré d'excellents résultats au professeur Kopp, même au milieu de l'époque mensuelle. Ce praticien distingué fait prendre alors le nitrate d'argent toutes les deux heures, à la dose d'un dixième ou d'un douzième de grain. Il fait remarquer, en passant, que le nitrate d'argent ne doit point être administré avec l'eau de laurier-cerise, parce qu'il se forme un précipité noir de cyanure d'argent.

---

31. *Cas d'antéversion de l'utérus pendant la grossesse;* par M. Robert Lane.

(The Lancet.)

L'observation dont le titre précède constitue un exemple très-rare dans les annales de la science. L'antéversion, si commune quand l'utérus est à l'état de vacuité, devient beaucoup plus difficile lorsque ce viscère contient le fœtus, même dans les premiers temps de sa formation ; et Boyer a pu justement dire que « l'on ne trouve dans les auteurs presque aucun fait bien détaillé d'antéversion de la matrice survenue dans les premiers mois de la grossesse. » Les cas de rétroversion, au contraire, ne manquent pas et ont été bien étudiés dans leurs causes et leur traitement. C'est donc une exception, mais une exception parfaitement bien constatée, dont nous allons reproduire ici les principaux détails, d'après l'auteur anglais.

Obs. — Madame R..., âgée de 34 ans, sujette aux hémorrhoïdes, avait déjà eu quatre enfants, et elle était arrivée à un mois et demi de sa cinquième grossesse, lorsqu'elle fit, dans son escalier, une chute où le poids du corps porta sur le dos. N'en ayant d'abord ressenti que peu d'incommodité, elle s'aperçut bientôt après de plusieurs tuméfactions molles dans la partie antérieure du vagin, accompagnées de douleur et de cuisson, ainsi que de ténesme et de dysurie, l'émission de l'urine se faisant fréquemment et en petite quantité. Grâce au repos, ces symptômes restèrent sans augmenter jusqu'au troisième mois et demi de la grossesse. A cette époque, la tumeur du vagin augmenta sans cause connue. M. Lane, appelé à ce moment, la trouva en proie à des douleurs revenant à intervalles courts et irréguliers. Elle sentait son vagin comme rempli par une tumeur située au-devant du passage. En l'examinant pendant une douleur, M. Lane trouva quelque irrégularité et une protrusion de la surface postérieure du vagin; mais il ne put parvenir à toucher le col. Constipation, douleur et difficulté en urinant. — Le soir, il la sonda; mais il éprouva de la peine à introduire le cathéter, et il

lui fallut employer un instrument d'une plus grande courbure qu'à l'ordinaire. En explorant soigneusement, il reconnut que la paroi supérieure du vagin offrait une surface irrégulière, comme noueuse, à travers laquelle il sentit une tumeur de volume considérable qui semblait presser et empiéter (chevaucher) sur le centre du vagin. Il ne produisait aucun changement sur cette tumeur, soit en appuyant même fortement sur elle, soit en tirant sur la partie postérieure du vagin ; elle paraissait fixe et immobile dans sa situation. Il ne put, pas plus que la première fois, toucher le col.

D'après ces symptômes, M. Lane diagnostiqua une antéversion ; mais pensant que l'intervention de l'art ne pouvait pas avoir grand avantage, il se borna à prescrire le repos et quelques préparations opiacées.

Le jour suivant, au matin, les mêmes accidents persistaient : un purgatif amena trois selles; mais il fallut évacuer l'urine avec la sonde, qui fut introduite avec plus de difficulté que jamais. M. Lane essaya alors la réduction en exerçant une pression considérable de bas en haut sur la tumeur vaginale, c'est-à-dire sur le fond de l'utérus, en tirant simultanément sur la partie postérieure du vagin avec l'indicateur et le médius gauche portés aussi haut que possible; mais cette manœuvre n'amena aucun changement sensible dans la position de l'utérus. La malade paraissant disposée à s'endormir, il la quitta dans cet état.

En la visitant le lendemain matin, il fut agréablement surpris de trouver un soulagement complet, sans avoir ressenti aucun changement physique dans la situation des parties; elle était, depuis la dernière visite, exempte de souffrances, et urinait librement. M. Lane ne trouva le temps de l'examiner que le jour suivant : il constata que l'utérus, dégagé de sa position anormale, était remonté dans le bassin et entièrement mobile. Il existait cependant encore une obliquité antérieure prononcée; mais le col, quoique tourné en arrière et en haut, pouvait être atteint par le doigt. (Repos, application d'un bandage sur l'abdomen, laxatifs.)

Le jour suivant, elle trouvait elle-même son état entièrement différent. Elle urinait du ventre avec la plus grande facilité.

Deux jours après, la malade ayant commis l'imprudence de descendre l'escalier, la constipation et la difficulté d'uriner recommencèrent, et les hémorrhoïdes devinrent plus douloureuses; mais le repos au lit dissipa ces symptômes.

La santé redevint parfaite, et le 16 avril (commencement du huitième mois de sa grossesse, selon son calcul) elle mit au monde

un enfant mort, qui semblait avoir cessé de vivre depuis quelques jours; il était volumineux et paraissait avoir plus de huit mois.

Nous devons ajouter à l'histoire de la maladie que cette femme avait le bassin un peu large. Elle avait eu, il y a dix ans, d'un premier mariage, un enfant qui est actuellement vivant. De son second mariage, elle avait eu un second enfant, aussi vivant, et deux autres qui étaient nés morts avant terme.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

32. *Difformité considérable du bassin; accouchement prématuré artificiel;* par M. James Reid.

(London medical Gazette.)

La science est faite sur la question de l'accouchement prématuré provoqué; mais la pratique n'est pas à beaucoup près aussi avancée: il reste encore bien des répugnances à vaincre, bien des préjugés à dissiper avant que cette précieuse ressource soit admise et employée par tous. C'est pour aider, autant qu'il est en nous, à la vulgarisation de cette utile conquête, que nous publions avec empressement tous les cas de ce genre qui offrent quelque intérêt, quelque document nouveau, et nous les publions sans les choisir, car il y aurait sans doute plus de danger pour l'avenir du procédé à dissimuler ses revers qu'à les avouer dès ce moment avec franchise. La proportion en est trop minime pour qu'on soit jamais obligé de les cacher.

Obs. — Une femme, âgée de 40 ans, avait un bassin déformé à un point extrême. Elle était déjà devenue enceinte quatre fois; mais les deux premières, où la grossesse était parvenue à son terme, on avait été obligé d'employer le perforateur et le crochet; dans les deux dernières, on avait essayé de provoquer l'accouchement prématuré, mais l'enfant était venu mort.

La grossesse actuelle datait du 7 mai, les règles ayant cessé ce jour de couler; les mouvements de l'enfant avaient commencé à être sensibles le 17 septembre.

Le 7 décembre (l'enfant étant présumé âgé de 7 mois), M. Rein, dans le but d'exciter le travail, administra 2 grammes de poudre de seigle ergoté toutes les heures, jusqu'à ce que la malade en eût pris 12 grammes; cependant aucun effet apparent ne se manifesta. Le jour suivant, elle prit 4 grammes de la teinture chaque heure, jusqu'à ce qu'elle en eût consommé 32 grammes; aucune contraction utérine ne se développa encore. Le lendemain, on recommença la même quantité avec le

même résultat négatif. Enfin, le quatrième jour, après avoir encore essayé sans plus de succès de donner 8 grammes de poudre fraîchement préparée, M. Reid se décida, le 14 décembre, à faire la ponction des membranes. Il sortit beaucoup de liquide amniotique, et cet écoulement continua toute la journée ; cependant les douleurs ne se prononcèrent point. Ce ne fut que le 20 décembre (quoique la malade eût pris de nouveau trois doses de poudre d'ergot) que de légères douleurs apparurent; elles continuèrent toute la nuit, prirent plus de force le 21 au matin. L'enfant vint au monde le même jour, à quatre heures du matin, le vertex se présentant au passage. Un état d'asphyxie occasionnée par la pression qu'il avait subie à travers le bassin rétréci fut dissipé à l'aide des moyens ordinaires. Il paraissait avoir 7 mois et demi, était fort et bien portant : il vivait encore à l'époque où l'observation a été rédigée.

— Le seigle ergoté a été administré à fortes doses pendant plus de dix jours, et cependant l'enfant est né fort et bien portant. Ce fait prouve que cette substance n'a une influence fâcheuse sur la santé du fœtus qu'en suscitant dans l'utérus des contractions dont le résultat direct est de comprimer le corps de l'enfant. On a souvent parlé, pour expliquer ces effets funestes, d'une intoxication produite par le seigle ergoté, et qui serait transmise de la mère à l'enfant par la voie de la circulation. Mais cette action n'aurait-elle pas dû exister au suprême degré dans l'observation précédente ? et l'enfant n'aurait-il pas eu tout le temps d'être empoisonné par le sang de sa mère, si cette explication avait quelque chose de fondé ?

---

33. *Des ulcères, de leurs causes et de leur formation;* par M. Cutler.

(The Lancet.)

Dans cette courte note, l'auteur appelle surtout l'attention sur les causes générales qui entretiennent habituellement les ulcères. Partant de ce fait que les ulcères sont moins communs et se guérissent beaucoup plus aisément dans la classe riche que parmi les pauvres, il conclut que la misère, le travail, une nourriture insuffisante, sont les causes les plus ordinaires du développement de ces érosions chroniques. La plupart des pauvres artisans, dit-il, n'éprouvent aucune maladie et remplissent bien toutes leurs fonctions; on ne peut cependant pas prétendre qu'ils jouissent d'une parfaite santé : quand les choses nécessaires à l'existence manquent, le corps ne peut soutenir de longs travaux.

L'homme et les animaux succombent bientôt si, en faisant un exercice actif, ils n'ont qu'une alimentation médiocre en qualité et en quantité. Par l'effet de la manière dont l'indigent vit, ses solides deviennent relâchés, faibles et incapables de supporter la fatigue; ses fluides s'altèrent, sont impropres à la nutrition. De là viennent la disposition à être attaqué d'ulcères et la persistance de ceux-ci, malgré tous les moyens médicateurs, tant que le malade demeure au sein des mêmes conditions hygiéniques. Tout chirurgien d'hôpital sait qu'un sujet affecté d'ulcères les voit cicatriser en peu de temps lorsqu'on l'arrache aux circonstances débilitantes de son existence habituelle ; mais si on le renvoie de l'hôpital avant l'entière guérison, le travail d'érosion recommence aussitôt qu'il est rentré dans son milieu primitif.

Avec ces données, la formation des ulcères est très-facile à comprendre. On sait qu'ils se déclarent le plus souvent à la suite d'une excoriation accidentelle ou d'une contusion insignifiante. Chez un homme de constitution saine, un semblable accident serait suivi de l'épanchement de lymphe plastique rapidement organisable, et la cicatrisation ne tarderait pas à s'opérer. Mais lorsque le sang est vicié, il ne se sécrète qu'un fluide purulent, sanieux, impropre à fournir à la formation de capillaires sanguins. Les parties voisines de cette solution de continuité sont à leur tour frappées de langueur dans leurs propriétés vitales, et elles sont éliminées ou peu à peu par absorption, ou en masse, sous forme d'eschare.

Les remarques qui précèdent ont été suggérées à l'auteur par le dépouillement de 100 cas d'ulcères observés par lui dans la basse classe, sur 40 hommes et 60 femmes. Parmi ces 100 ulcères, il y en avait :

22 de bonne nature;
10 compliqués de faiblesse ;
26 indolents ;
7 gangréneux ;
22 variqueux ;
3 substitutifs d'une autre fluxion ;
10 spécifiques.

A l'exception de 6 qui étaient plus anciens, tous dataient d'une époque comprise entre trois semaines et quatre ou six mois. Ils reconnaissaient la plupart pour cause une violence locale. Les individus qui en étaient porteurs vivaient presque tous d'une manière misérable.

34. *Sur le traitement de la gangrène sénile* ; par M. S. TAYLOR.

(The Lancet.)

La principale indication à remplir pour ramener la vie dans les extrémités menacées de mortification, c'est d'y entretenir une chaleur suffisante. Les remèdes administrés à l'intérieur peuvent utilement concourir à ce but ; mais le moyen le plus sûr et le plus facile de l'atteindre consiste évidemment à envelopper la partie malade de corps peu conducteurs de calorique. Cette simple précaution, formellement recommandée par B. Brodie et S. Cooper, est trop souvent négligée. M. Taylor a eu l'occasion d'en constater les bons effets, d'une manière extrêmement marquée, chez un de ses malades.

OBS. — Il s'agissait d'un vieillard de 74 ans, robuste et plein d'activité, qui avait depuis quatre ou cinq jours le premier et le second orteil rouges : il y éprouvait comme une sensation de brûlure ; cependant au toucher M. Taylor les trouva glacés. Le pouls était imperceptible dans les tibiales et peu sensible dans la poplitée de ce côté. Il lui prescrivit de se tenir au lit, le membre enveloppé de flanelle, et ordonna une pilule avec 5 centigrammes de calomel et 2 centigr. 1/2 d'opium à prendre chaque soir.

Le malade revint trois jours après, n'ayant rien fait de ce qui avait été prescrit. La rougeur et le froid des orteils étaient plus prononcés ; la rougeur et l'inflammation voisines remontaient jusqu'au cou-de-pied. M. Taylor fit de nouvelles instances pour le décider à garder le lit, et ajouta à l'ordonnance ci-dessus 5 centigrammes d'opium et 10 gouttes de teinture d'opium.

Trois jours après, ces conseils ayant été suivis, le gros orteil avait repris son aspect presque normal, la teinte livide ne persistant que sur la dernière phalange du second. La chaleur était revenue.

M. Taylor ne revit ce malade qu'au bout de quinze jours ; il avait, depuis la dernière visite , suspendu tout traitement. Les deux dernières phalanges du second orteil étaient entièrement noires, couvertes de phlyctènes et privées de sentiment. Il était agité, irritable, sortait de son lit la nuit, et marchait d'une façon irrégulière. (Repos au lit, carbonate d'ammoniaque et teinture de colombo avec 50 gouttes de laudanum de six heures en six heures ; 5 centigr. d'opium tous les soirs ; le membre bien enveloppé de flanelle.)

Au bout de cinq jours, cette prescription ayant été ponctuellement exécutée, la gangrène s'était arrêtée ; la troisième pha-

lange seule parut décidément mortifiée. L'élimination dès lors s'établit, l'os tomba, et la guérison fut définitive.

—Les alternatives du mal coïncidant avec l'omission et la reprise du traitement, prouvent clairement la réalité de l'influence qu'il a exercée. On pourrait, il est vrai, attribuer à l'opium, autant qu'à la calorification provoquée, une partie de ces bons effets ; mais M. Taylor, qui l'avoue lui-même, ajoute que d'après ce qu'il a observé en général de l'action des opiacés dans la gangrène sénile, cette explication lui semblerait peu probable.

---

35. *Ankylose rectangulaire du genou. — Opération consistant à enlever une portion d'os en forme de coin comprenant la rotule, les condyles et la surface articulaire du tibia ; rectitude presque complète du membre ; guérison ;* par le docteur G. Buck, chirurgien de l'hôpital de New-York.

(The american Journal of the medical Sciences.)

W. Keith, fermier, de constitution forte et vigoureuse, âgé de 22 ans, né au Canada, entra à l'hôpital le 12 septembre 1844, pour une ankylose rectangulaire du genou, suite d'une violente inflammation avec suppuration de l'articulation. Cet accident avait pour cause une plaie faite, sept ans auparavant, avec une hache dont le tranchant avait rasé la surface du condyle interne : à la suite de cet accident, cet homme avait été retenu à la chambre pendant sept mois, et le membre s'était fixé dans la position vicieuse que j'ai indiquée.

L'articulation était immobile, bien que le malade crût pouvoir lui imprimer un léger mouvement. Les condyles du fémur étaient proéminents, la tubérosité du tibia placée beaucoup plus en arrière, et entre eux la rotule fixe et immobile. Au niveau du condyle interne du fémur existait une proéminence osseuse irrégulière occupant le lieu où la plaie avait été faite, ainsi que le prouvait une cicatrice étendue. Il existait plusieurs autres cicatrices qui indiquaient les points par lesquels la suppuration s'était fait jour : il y en avait deux dans le jarret et trois à la face antérieure et latérale des condyles du fémur. Les tendons des muscles fléchisseurs de la jambe faisaient une forte saillie de chaque côté du jarret. La peau et les tissus environnant l'articulation étaient souples et tout à fait sains. Depuis la cessation des accidents, la santé du malade a été très-bonne : il marche avec une béquille. Le membre déformé était moins long et plus maigre que celui du côté opposé.

On expliqua au malade qu'aucune opération chirurgicale

usuelle ne pouvait être appliquée dans ce cas, mais que l'on avait, dans quelques cas rares, mis en usage avec avantage une opération extraordinaire qui consistait à enlever au fémur une portion d'os en forme de coin. Comme il y avait à cette opération des objections puissantes, on proposait de la modifier, dans le cas présent, en prenant la portion d'os à enlever non pas dans la portion saine du fémur, mais dans les parties qui formaient autrefois l'articulation, laquelle n'existait plus aujourd'hui avec ses surfaces articulaires sécrétantes. On avait par ce moyen l'avantage d'obtenir une plus large surface pour la réunion osseuse, et par conséquent plus de force dans le membre et moins de difformité qu'en employant le procédé du docteur J.-R. Barton. On ne laissa pas ignorer au malade les dangers et la longueur de l'opération. Il s'y décida après quelques jours de réflexion. Elle fut pratiquée de la manière suivante le 12 octobre 1844 :

On avait divisé, cinq jours auparavant, par la méthode sous-cutanée, les tendons des muscles biceps, demi-tendineux, demi-membraneux et droit interne, opération dans laquelle le nerf péronier fut coupé ; d'où il résulta de l'engourdissement et de la douleur s'étendant jusqu'au pied. Néanmoins les petites ouvertures étaient cicatrisées.

Un tourniquet ayant été appliqué à la partie supérieure de la cuisse, une incision fut faite en travers de la rotule, puis une seconde partant du milieu de celle-ci et se dirigeant de haut en bas jusqu'à la tubérosité du tibia. Les lambeaux furent rabattus jusqu'à un pouce au-dessous et parallèlement à la surface articulaire du tibia. Le ligament rotulien et les tissus fibro-ligamenteux des parties latérales furent coupés en travers dans l'étendue des trois quarts de la circonférence de l'os. Je fis avec la scie une section obliquement dirigée d'avant en arrière et de haut en bas, commençant antérieurement à trois quarts de pouce au-dessous et venant se terminer postérieurement à la surface articulaire. Une seconde section fut alors commencée dans la partie supérieure de la rotule, parallèlement à la première et dans un plan oblique par rapport à celle-ci : elle fut dirigée de manière à venir rencontrer la première à son extrémité. La portion d'os en forme de coin comprise entre ces deux sections ayant été enlevée, nous trouvâmes qu'elles n'avaient pas été dirigées assez en arrière, la portion postérieure des condyles restant encore adhérente au tibia. Il fallut pratiquer une nouvelle section commençant à la surface déjà entamée du fémur, mais dirigée de façon à se porter à trois quarts de pouce plus en arrière en haut, sur un plan plus oblique par rapport à l'axe du fémur. Après avoir enlevé ce

nouveau fragment osseux, on rompit les points d'union qui existaient encore en fléchissant doucement la jambe sur la cuisse; puis on égalisa avec une tenaille incisive les inégalités osseuses. Nous essayâmes alors d'étendre la jambe sur la cuisse : les deux surfaces osseuses laissaient entre elles, en avant, un intervalle d'un travers de doigt. Comme les parties molles du jarret étaient dans un état de tension et opposaient une grande résistance à l'extension du membre, les points d'attache des ligaments en arrière du tibia furent disséqués, tandis qu'on maintenait la jambe dans une flexion extrême sur la cuisse, et, de plus, on enleva une nouvelle portion osseuse de cinq huitièmes de pouce prise aux dépens des deux tiers antérieurs du fémur. Maintenant la jambe pouvait être étendue autant qu'il en était besoin, et les surfaces opposées de la section osseuse étaient partout en contact; les parties molles du jarret étaient ainsi dans un état de tension suffisant pour donner de la solidité à la coaptation. Comme la perte de substance du fémur était plus considérable que celle du tibia, il y avait une saillie d'environ un demi-pouce en avant. La perte de sang fut peu considérable : il n'y eut que deux ligatures à placer sur deux petites branches de l'artère poplitée : les parties molles du jarret furent ménagées avec soin.

Les lambeaux antérieurs de la plaie se trouvant trop longs d'après la nouvelle position du membre, furent raccourcis et maintenus en place par sept points de suture. Le membre fut ensuite placé sur un plan incliné, formant un angle très-obtus au niveau du genou ; et après que le malade eut été remis au lit, on plaça entre les points de suture des bandelettes agglutinatives, et le tout fut recouvert de charpie.

L'opération, sans y comprendre le pansement, dura 40 minutes, et bien que fort douloureuse, fut supportée avec le plus grand courage.

Dans la soirée, il y eut quelques frissons et quelques soubresauts dans les membres lorsque le malade remuait les bras. Le genou devenait douloureux ; pouls à peine accéléré ; la plaie fournissait un suintement sanguinolent assez abondant. (Cataplasmes de farine de graine de lin. 40 gouttes de teinture d'opium dans une potion.)

Le 13 octobre. La nuit a été bonne. Il y a eu du sommeil. Quelques frissons. Pouls à 112. Quelques soubresauts dans les membres; augmentation de la douleur dans la plaie. Le suintement a presque cessé ; il y a à peine du gonflement. Température du corps peu augmentée.

Dans la soirée, la réaction s'établit complétement. Pouls à 120 pulsations (24 sangsues autour du genou. 40 gouttes de teinture d'opium, qu'on répétera s'il en est besoin).

Le 14. La nuit a été assez bonne. La douleur du genou a beaucoup diminué. Engorgement des lymphatiques de l'aine. Pouls à 108. (Pansement à l'eau froide.)

Dans la soirée, la douleur augmente de nouveau. Pouls à 120. Céphalalgie. (6 sangsues à l'aine, et 18 autour du genou. Prendre toutes les deux heures une once de la potion suivante : tartre stibié, 1 grain ; infusion de séné composée 8 onces).

Le 15. La nuit a été agitée. Douleurs dans le ventre et dans le dos. Le genou est beaucoup moins douloureux. Les tressaillements sont moins forts ; moins de douleur à l'aine. Pouls à 108. Langue couverte à son centre d'une couche jaunâtre. Tuméfaction modérée du genou, sans rougeur. Une seule selle. (Lavement laxatif.)

Le 16. La nuit a été bonne. Pouls à 100. On change les bandelettes agglutinatives ; la plaie a bon aspect, point de rougeur érysipélateuse ; la suppuration commence. Dans la soirée, la douleur du ventre augmente. Point de douleur dans le genou. (Lavement d'amidon opiacé. Cataplasme sur le ventre.) Dès lors l'amélioration se prononça, et les choses marchèrent progressivement vers la guérison. Le malade se plaignit jusqu'à la fin de soubresauts dans le membre, lequel était parfois le siége de douleurs. Un peu de déplacement s'était produit entre les os, en sorte que la saillie du fémur sur le tibia avait augmenté et était d'un pouce environ. Au commencement de décembre, la plaie était cicatrisée. La réunion des extrémités osseuses s'opérait. Au commencement de janvier, le malade put quitter son lit, le membre étant maintenu immobile par un appareil à extension continue. Il existait une légère mobilité dans le sens de la flexion et de l'extension, mais point du tout dans le sens latéral. Bientôt le malade put se soutenir sur des béquilles et poser son pied par terre. Au bout de peu de temps, on supprima l'appareil extensif et on se contenta d'un simple bandage. Pendant deux ou trois semaines avant sa sortie de l'hôpital, cet homme put se promener dans les jardins de l'hôpital avec le secours d'une canne. La différence de longueur du membre était compensée par un cercle de fer fixé au-dessous de son soulier par une plaque du même métal. La réunion des os au niveau du genou était devenue complète : il n'existait plus la moindre mobilité. La cicatrice des parties molles était souple et mobile. La seule gêne qu'il y eût dans la marche dépendait d'un peu de douleur dans le mollet et

dans le cou-de-pied. La différence de longueur du membre était de cinq pouces au talon ; mais on ne pouvait guère attribuer à l'opération que la moitié de ce raccourcissement : le reste dépendait du défaut de nutrition du membre, suite de l'inflammation de l'articulation.

Le 22 avril, cet homme quitta l'hôpital, fort heureux de l'amélioration obtenue dans l'usage de son membre. Trois jours avant sa sortie, il fit une promenade de trois quarts de lieue environ, sans douleur et sans fatigue, avec l'appui d'une simple canne.

---

36. *Plaie par arme à feu de la face et du cou ; hémorrhagie secondaire ; ligature des deux carotides à quatre jours de distance ; guérison ;* par le docteur G. Elis.

(New-York Journal of medecine.)

Un homme de 21 ans reçut par accident la charge d'une carabine dont la balle vint le frapper près du centre de l'omoplate du côté gauche et immédiatement au-dessus de l'épine du scapulum, et sortit après avoir fait une plaie d'environ deux pouces et demi : puis la balle pénétra de nouveau dans le cou vers la partie moyenne et au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, traversa la base de la langue, brisa la dent incisive latérale, la canine et la première bicuspide supérieure du côté droit, et vint se faire jour à travers la lèvre supérieure en faisant une plaie déchirée. Le docteur Elis, qui vit le blessé quelques heures après l'accident, réunit les bords de la plaie de la lèvre avec quelques points de suture et des bandelettes agglutinatives, et fit sur les autres plaies un pansement avec l'eau froide. Le blessé n'avait que peu de souffrances, mais il ne pouvait avaler même les liquides ; ce qui semblait dépendre de la blessure et du gonflement de la langue. Au bout de trois jours, le docteur Elis introduisit dans l'œsophage une sonde flexible et injecta dans l'estomac de l'eau et un peu de liquides nutritifs. Le lendemain, le malade put avaler sans peine un peu de liquide, et recouvra bientôt la puissance d'avaler toute espèce de substances. Dans la nuit du septième jour à partir de l'accident, il survint une hémorrhagie par la plaie de la langue ; on l'arrêta en comprimant la carotide gauche et les orifices de la plaie. Mais la nuit suivante elle reparut plus intense et ne put être que difficilement réprimée par la compression qui fit beaucoup souffrir le blessé. Il perdit beaucoup de sang. On fit alors la ligature de l'artère carotide gauche au-dessus du passage du muscle omo-hyoïdien, opération qui fut fort difficile à cause du gonflement des parties, de la nécessité de continuer

la compression pendant l'opération, de la mauvaise position du malade, que nous ne pouvions mettre dans une posture convenable sans l'exposer à être asphyxié par le sang qui coulait dans la gorge, et enfin à cause de la nécessité d'opérer à la lumière artificielle. La ligature ne fut suivie d'aucun accident : il y eut seulement un sentiment de froid dans tout ce côté de la tête et des battements derrière le sternum, dans la direction du vaisseau sur lequel la ligature avait été appliquée. Le malade parut aller bien jusqu'au onzième jour après l'accident, que l'hémorrhagie reparut ; la compression de la carotide droite et des deux orifices de la plaie l'arrêta bientôt. On commençait à sentir de faibles battements dans l'artère temporale gauche. Pendant la nuit, l'hémorrhagie se reproduisit et revint encore plusieurs fois dans la matinée. Le malade ne pouvait supporter la compression de la carotide droite pour peu qu'elle fût prolongée, et l'on ne pouvait compter que sur la pression exercée sur les orifices de la plaie, et celle-ci même causait beaucoup de douleur, surtout sur le trajet du nerf de la neuvième paire. Le docteur Elis se décida à lier aussi la carotide droite : l'opération fut pratiquée quatre jours et demi après la ligature de la carotide gauche. L'opération ne présenta aucune difficulté. La veine jugulaire interne recouvrait l'artère d'une manière assez complète. Deux ligatures furent passées au-dessous du vaisseau, et l'une d'elles fut serrée sur un morceau de bouchon interposé. Le malade resta assis pendant l'opération ; il n'y eut aucun accident au moment où la ligature fut serrée : pas de syncope, pas de sensation particulière dans la tête ; il y eut cessation instantanée des battements dans les deux artères temporales, cessation de l'hémorrhagie et un peu de pâleur de la face. Pendant les premières vingt-quatre heures, le malade se trouva bien ; mais alors il fut pris d'une toux pénible et de gêne de la respiration, puis de douleur et d'un sentiment de poids dans la poitrine. Pouls à 120, un peu plein. Une saignée du bras, des ventouses, de la belladone et de la teinture d'aconit calmèrent ces accidents. Les plaies ne se réunirent point par première intention ; mais elles fournirent bientôt un pus de bonne qualité. La ligature de la carotide gauche tomba 17 jours, et celle de la carotide droite 14 jours après son application. La plaie du côté gauche continua à suppurer pendant plusieurs semaines. Une portion de l'artère située entre la ligature et la plaie a été éliminée en trois fragments, sortis à différentes époques. Aujourd'hui notre jeune homme se porte bien : il a repris ses affaires. Il n'y a pas de pulsations sensibles dans les artères temporales.

37. *Guérison de l'hydrocèle sans opération ;* par M. J. Harvey.

(Dublin medical Press.)

Depuis trente ans, M. Harvey emploie pour le traitement de l'hydrocèle un procédé qui lui permet d'en obtenir la cure radicale sans injection. Voici comment il agit.

Il commence par évacuer le liquide en faisant la ponction avec un trocart ; puis, immédiatement après, il applique sur tout le scrotum un large cataplasme au vinaigre, afin d'y exciter l'inflammation. Effectivement celle-ci survient au bout de quelques heures. Lorsqu'elle est parvenue à un degré suffisant, il substitue au premier cataplasme un second fait avec de la mie de pain et du lait. En peu de temps la douleur et l'inflammation se dissipent, et la cure est complète. Il convient d'administrer alors un purgatif un peu énergique.

---

38. *Nouvel instrument pour remédier au vice de prononciation qui résulte de la fissure congénitale du voile du palais ;* par M. Stearus.

(The Lancet.)

L'opération de la staphyloraphie n'est praticable qu'à un certain âge ; plusieurs individus ne consentent point à s'y soumettre ; enfin elle ne réussit pas toujours. Pour ces différents motifs, il n'était donc pas inutile de chercher à imaginer un mécanisme capable de suppléer au défaut d'une partie du voile palatin. Voici celui que M. Stearus a inventé, et qu'il a appliqué avec un plein succès chez une personne qui avait deux fois subi inutilement la staphyloraphie.

On commence par fixer contre la voûte palatine une plaque d'or selon le procédé qu'emploient les dentistes. Au bord supérieur et postérieur de cette plaque est fixé un ressort plat en spirale, qui, par la délicate et permanente élasticité propre à ce genre de corps, reçoit et partage les plus légères vibrations qui lui sont transmises en avant ou en arrière. A l'extrémité postérieure de ce ressort est fixé un voile palatin artificiel, flexible. Cette partie de l'instrument est en caoutchouc ; on peut y distinguer pour sa description un corps et deux ailes latérales. Le corps a les dimensions et la figure de la partie du voile qui manque ; elle se compose de trois pièces mobiles, se recouvrant l'une l'autre et imbriquées de manière que chacune d'elles dépasse un peu latéralement la suivante. Les ailes représentent, par leur bord externe, une gouttière profonde dont les deux lèvres emboîtent les côtés de la fissure congénitale. Grâce à cette

construction, le voile artificiel est parfaitement fixé, tout en restant mobile de manière à suivre, dans la prononciation, la mastication, la déglutition, etc., tous les mouvements que les muscles de cette région impriment aux deux bords de la fissure congénitale. La disposition du corps de l'instrument en trois lames parallèles, selon le sens vertical, fait que lors des mouvements où ces deux bords de la fissure tendent à se rapprocher, les lames glissent l'une sur l'autre et se prêtent à ce rapprochement. Ainsi se trouvent possibles, d'une part, l'occlusion de l'arrière-bouche, de l'autre, le renversement du voile du palais soit en avant, soit en arrière.

Le rédacteur de la *Lancette* a vu cet instrument en place sur une personne dont le voile palatin offrait une fissure fort étendue, et il affirme que la prononciation, très-défectueuse lorsqu'on ne mettait pas le palais artificiel, devenait avec ce secours tellement naturelle qu'on aurait à peine présumé alors l'existence de l'infirmité congénitale.

---

39. *Observation d'hémorrhagie spontanée de la membrane qui tapisse la chambre antérieure de l'œil;* par M. H. Taylor.

(Dublin medical Press.)

Obs. — Une femme grande et maigre, âgée de 42 ans, vint en novembre 1840 consulter M. Taylor pour la perte de la vue du côté droit. L'iris était d'un gris-vert; la pupille un peu dilatée, irrégulière et immobile; ses bords offraient des franges. Une cataracte bien formée existait de ce côté, et la malade ne pouvait de cet œil distinguer le jour d'avec la nuit. A gauche, l'iris avait une teinte grise; la pupille plus large d'un tiers, régulière, immobile, d'aspect glaucomateux; la vision était un peu conservée de ce côté. Santé générale bonne. La vue avait commencé à baisser depuis dix-neuf ans; on l'avait guérie une première fois à l'aide de saignées et de vésicatoires; mais, il y a trois ans, la cécité s'était reproduite à la suite d'une fièvre typhoïde. Elle voyait des spectres, des objets brillants, mais n'avait, d'ailleurs, jamais ressenti aucune souffrance. — D'après la marche du mal, ses symptômes, la nature des moyens qui l'avaient soulagé une première fois, M. Taylor pensa qu'il y avait une altération de la rétine et probablement aussi du corps vitré.

Dix-huit mois après, en avril 1842, l'œil droit devint le siége d'une affection singulière : une sécrétion sanguine commença à s'exhaler de la surface interne de la membrane qui tapisse la

chambre antérieure; elle parut d'abord à la partie inférieure de cet espace, sous la forme de petites taches de couleur cramoisie, irrégulièrement répandues sur la partie de la membrane qui recouvre la face interne de la cornée. Par le dépôt successif de ces taches, la présence du sang en nature devint évidente au fond de la chambre antérieure, et l'aspect tacheté remonta à un niveau plus élevé sur la membrane. Les deux phénomènes marchèrent ainsi parallèlement, le dépôt sanguin augmentant, et l'apparence tachetée de la membrane montant toujours, et marquant enfin sa limite supérieure par une ligne presque exactement horizontale. La sécrétion paraissait provenir de toute la largeur de la face interne de la cornée. Dans l'espace de six semaines ou deux mois, la chambre antérieure fut remplie de sang jusqu'au-dessus du niveau habituel du bord supérieur de la pupille. Cette sécrétion s'accompagna d'un certain degré de vascularisation à l'extérieur; une zone irrégulière se forma autour de la cornée. Il y avait de temps en temps des douleurs ou des élancements, avec photophobie et larmoiement. Lorsque la chambre antérieure fut remplie au point indiqué, la sécrétion cessa, le sang épanché commença à s'absorber en partie, et il ne resta qu'une masse d'un blanc-jaunâtre, paraissant être de la fibrine et remplissant environ la moitié de la chambre. La malade souffrant une irritation continuelle par suite de sa présence, M. Taylor résolut de l'évacuer et d'extraire en même temps le cristallin cataracté. Ce plan fut exécuté : la cataracte sortit assez facilement, et avec elle une partie du sang coagulé. Le cristallin était d'un jaune d'ambre, à demi opaque, et d'un volume considérable. La malade, depuis lors, a continué d'être débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait dans cet œil; mais elle ne peut pas plus s'en servir pour distinguer les objets qu'avant l'opération. Du côté gauche, la vue a décliné; mais on n'y distingue point encore d'opacité.

— Le sang, ajoute M. Taylor, s'extravase souvent dans les chambres de l'œil à la suite de contusions ou de quelque autre violence traumatique; mais ce cas diffère par la cause toute spontanée, par la marche lente et graduelle de l'épanchement. On ne pouvait découvrir chez cette malade aucun vaisseau sanguin à la surface interne de la cornée, de sorte que le sang paraissait être une exhalation fournie par la cornée elle-même. L'auteur pense (mais ce n'est pour lui qu'une simple conjecture) que la cause de cette exhalation dépend de l'irritation produite sur l'iris et les procès ciliaires par la présence d'un cristallin volumineux. On aurait pu croire que c'était là une hémorrhagie substitutive du

flux menstruel ; mais M. Taylor dit s'être assuré positivement que cette supposition n'était point fondée.

— M. Jacob, en rapportant ce cas, fait observer que M. Taylor ne paraît point avoir soupçonné la possibilité de rapporter cet épanchement sanguin à une inflammation de l'iris. Cette remarque nous semble juste : nous avons en effet reconnu, parmi les signes objectifs mentionnés dans l'histoire de la maladie, plusieurs des symptômes qui appartiennent à l'iritis, et si l'on considère la coloration particulière, l'irrégularité et les adhérences que cette membrane présentait depuis dix-huit mois, on devra convenir qu'elle se trouvait dans les conditions les plus propres à être frappée d'inflammation. Pour ces motifs, nous serions très-porté à partager l'opinion de M. Jacob relativement au diagnostic de l'altération qui existait chez cette malade.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE.

40. *De quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et du moyen de remédier à ces infirmités;* par J. J. Cazenave, de Bordeaux (1).

(Journal de Médecine de Bordeaux.)

Il s'agit dans ce Mémoire d'une affection fort singulière, se présentant sous des formes un peu différentes, mais sous toutes ses formes ayant ceci de commun, qu'elle s'oppose à ce que les sujets qui en sont atteints puissent diriger leur plume avec la fermeté nécessaire. Sur sept observations qu'a rassemblées M. Cazenave, quatre fois l'infirmité atteignait le pouce droit seul ; et trois fois il y avait un tremblement de plusieurs doigts ou même de tous les doigts. L'analyse des observations est nécessaire pour en donner une juste idée.

Dans le premier cas, le pouce droit ne pouvait absolument servir à tenir la plume ; d'ailleurs, il exécutait tous les autres mouvements, aidait à saisir les corps et à les presser, enfin contribuait on ne peut mieux à certains exercices exigeant à la fois une certaine force et une grande précision.

Le deuxième cas, communiqué à l'auteur par M. Stromeyer, paraît tout à fait semblable. La main droite avait perdu la faculté d'écrire, tout en restant capable de tout autre mouvement volontaire. M. Stromeyer accuse chez son malade un spasme des

(1) Brochure in-8° de 36 pages, avec une planche lithographiée. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17, Paris.

petits muscles du pouce, qui ne se faisait sentir qu'au moment où il voulait se mettre à l'œuvre.

Le troisième fait s'écarte un peu des deux premiers. Le sujet, ancien négociant devenu teneur de livres, était tellement préoccupé de la crainte de mal écrire, qu'il commençait toujours par s'exercer longtemps avant de prendre ses livres. Mais dès qu'il tenait sa plume, le pouce se portait involontairement en arrière, puis en dehors, et lâchait prise ; mais, chose singulière, dès que son attention était détournée sur quelque autre point, le pouce obéissait, et l'écriture était facile, nette et courante. Du reste, encore ici, le pouce et la main étaient aptes à tous les autres exercices.

La quatrième observation présente aussi quelques circonstances spéciales. Dès que le sujet se mettait à son bureau, le pouce exécutait on ne peut mieux les mouvements nécessaires pour écrire ; mais à la moindre contention d'esprit, ou encore sous une impression quelconque, le pouce cessait de presser la plume, qui s'échappait involontairement des doigts. Cela se renouvelait quatre, cinq et six fois dans la même journée.

Arrêtons-nous un moment sur cette affection limitée au pouce. Quelle en est la nature ? M. Cazenave déclare qu'il n'en sait rien, et qu'il est même assez peu disposé à se mettre en frais pour la rechercher. Serait-on bien avancé, dit-il, d'apprendre que c'est une perturbation locale de la myotilité ? — Peut-être, si l'observateur avait mieux étudié la localisation de cette perturbation. Les données fournies par les divers traitements employés auraient pu être ici de quelque utilité ; si imparfaites qu'elles soient, elles ne manquent pas déjà d'un certain intérêt de curiosité.

Chez le premier sujet, on essaya, dit l'auteur, des médications rationnelles d'abord, puis empiriques ; le tout sans succès. Nous aurions désiré savoir en quoi consistaient ces médications soi-disant rationnelles. Le quatrième malade fut traité par des douches alcalines, sulfureuses ; des frictions faites avec la strychnine, les teintures de cannelle, de cantharides ; les sangsues à l'anus, le repos pendant un mois, l'habitation à la campagne ; tout cela échoua encore. M. Stromeyer a fait sur son client des essais déjà plus encourageants. L'acupuncture des petits muscles du pouce le mettait en état de tenir la plume et de tracer quelques mots. Le chirurgien passa un séton de deux fils de soie du dos de la main par le muscle abducteur de l'index en bas par les petits muscles du pouce, et ce séton fut maintenu cinq semaines, en l'imbibant chaque matin d'une solution d'opium et d'extrait de belladone. Tant que le séton fut maintenu, l'action des muscles

resta anéantie, et le pouce se trouvait dans une abduction complète. Une fois retiré, le pouce reprit tous ses mouvements, même ceux nécessaires pour écrire; malheureusement la guérison ne dura pas au delà de quatre mois, et l'impossibilité d'écrire revint comme auparavant.

Chez le troisième malade, M. Cazenave a fait un bon nombre de tentatives fort ingénieuses. D'abord, une compression méthodique et modérée de l'avant-bras : les mouvements du pouce en furent rendus plus faciles pendant trois semaines; et ce fut tout. — En second lieu, des frictions sèches et l'application de quelques sangsues sur le trajet du nerf radial, où le malade accusait de la douleur. — Puis douze ou quatorze commotions électriques. — Puis on conseilla au malade de faire le menuisier. — Tout cela amenait un amendement marqué, mais qui ne tardait pas à disparaître. Enfin M. Cazenave lui fit comprimer modérément le bras au niveau de l'empreinte deltoïdienne, à l'aide d'un serre-bras lacé assez large pour embrasser le tiers moyen du bras. Comment lui vint cette idée? Voilà ce qui aurait été important à connaître, attendu le résultat inespéré de cette compression : en effet, depuis trois ans qu'elle est continuée, le pouce a repris la plénitude de ses fonctions, et le malade écrit aussi bien et aussi vite que s'il n'avait jamais rien éprouvé.

Dans les trois autres observations, le mal était un peu plus étendu. M. Heyfelder a décrit, en 1833, sous le nom de *crampe des doigts*, une affection qu'il avait observée chez un libraire de Berlin. C'était un tremblement convulsif des trois premiers doigts de la main droite faisant divaguer la plume sur le papier, et un écartement involontaire de ces mêmes doigts qui les forçait à lâcher la plume. Hors de là, la main jouissait de toute sa force et de toute son adresse.

Chez un autre malade observé par M. Cazenave, la main tout entière tremblait lorsqu'il voulait écrire; le pouce ne pouvait tenir la plume : toutefois, le tremblement disparaissait quand l'attention était portée ailleurs; et pour tous les autres exercices, la main gardait toutes ses facultés.

Dans le troisième cas, les deux mains étaient agitées d'un tremblement continuel, mais surtout le pouce et l'index de la main droite. Ce tremblement augmentait par la contention d'esprit et sous toutes les impressions bonnes ou mauvaises.

Pour ces trois cas, M. Cazenave est moins circonspect que pour les autres, et il n'hésite pas à attribuer ce tremblement de la main et des doigts, *tantôt à une des formes de la myélite, tantôt à*

une grande irritabilité nerveuse, et d'autres fois à l'affaiblissement qui résulte de l'âge.

Quant à nous, en écartant le dernier fait où le tremblement était continuel, nous ne pouvons voir dans les six autres que des variétés d'une même affection qui serait assez bien désignée sous le nom de *crampe des écrivains*. L'absence de tout phénomène quand la main se livre à d'autres exercices, leur retour constant lorsqu'il s'agit d'écrire, nous paraissent des caractères suffisants pour établir une individualité morbide variant selon ses degrés et selon les individus.

Mais la question la plus importante n'est pas là : elle est dans le traitement à suivre, et jusqu'à présent nous n'avons vu que la compression du bras qui ait réussi. Or, sur le sixième malade, elle fut essayée en vain, et sur le septième plus vainement encore. M. Cazenave a été conduit dès lors à imaginer un petit appareil ayant pour but de tenir serrés ensemble la plume et les trois doigts qui la tiennent, de telle sorte que les mouvements de flexion ne sont plus possibles, et que le sujet est obligé d'écrire avec la main tout entière, par des mouvements d'avance et de recul qui s'opèrent dans les articulations du poignet. Quelques leçons suffisent pour s'habituer à cette manœuvre. L'appareil consiste en un porte-plume armé de deux vis de pression, et en deux cercles de caoutchouc pourvus chacun d'une vis de rappel. Ces cercles de caoutchouc peuvent être remplacés par des liens plats, d'une largeur donnée, souples, élastiques, pouvant être noués avec facilité : le porte-plume seul est indispensable pour supporter la pression; et nous avons constaté nous-même qu'un porte-plume ordinaire, fixé sur les doigts par un ruban quelconque, remplit parfaitement l'indication.

M. Cazenave a appliqué son appareil sur les sujets des deux dernières observations, et avec les meilleurs résultats. L'un d'eux même, après s'en être servi trois mois, avait pu s'en passer quelque temps et croire à une cure radicale; mais l'infirmité ne tarda pas à se reproduire. Au total, contre la crampe des écrivains, nous ne connaissons pas encore de traitement véritablement curatif; mais l'appareil de M. Cazenave paraît être du moins un palliatif excellent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— Alcune operazioni di tenotomia e miotomia; fatte e descritte dal dottore Francesco Sani ; con un cenno storico intorno alle sezioni tendinose e muscolari. — In-8°, 38 pages avec planch. — Roma, typograph. di Crespino Puccinelli, 1844.

Les opérations pratiquées par l'auteur sont : 1° la section de quelques cicatrices vicieuses et des tendons fléchisseurs de l'annulaire et du petit doigt de la main droite ; 2° section sous-cutanée des tendons fléchisseurs de l'auriculaire de la main droite ; 3° section sous-cutanée des tendons des muscles demi-tendineux, demi-membraneux droit interne et biceps crural ; 4° section du tendon d'Achille ; 5° du sterno-mastoïdien droit ; 6° section de cicatrices vicieuses du côté droit du cou et du peaussier correspondant ; 7° section des génio-glosses.

L'auteur, qui ne se montre pas très au courant de l'histoire de la science et de l'art sur ce point, a au moins le mérite de chercher à répandre dans son pays des idées et des méthodes qu'on s'efforce de déprécier ailleurs.

Dictionnaire universel d'histoire naturelle ; par MM. Arago, Baudement, etc., dirigé par M. Charles d'Orbigny, et enrichi d'un magnifique atlas de planches gravées sur acier. — 73e, 74e, 75e livraisons. I à Lac du tome VII ; six très-belles planches. — Paris, chez MM. Renard, Martinet et Ce, rue de Bussy, 6.

— Éléments de pathologie médicale ; par A.-P. Requin, médecin de la Maison royale de santé, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Tome II, 1 vol. in-8° de 828 pages. Prix : 8 fr.

Ce second volume comprend la fin de la première section de l'ouvrage, et traite des inflammations, des hypertrophies, des atrophies, des gangrènes, des tuberculisations, des cancers, des hydropisies, des flux, des pneumatoses, des vices organiques divers.

— Manuel de matière médicale, de thérapeutique comparée et de pharmacie ; par le docteur A. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Deuxième édition entièrement refondue et considérablement augmentée ; 1 vol. grand in-18 de 924 pages. Prix : 7 fr.

Dans cette seconde édition, l'auteur a changé l'ordre qu'il avait adopté dans la première. Il a subordonné la description des médicaments à l'action qu'ils exercent sur l'économie vivante. Il a été amené à cette modification par son enseignement et ses recherches sur l'action physiologique des médicaments. L'auteur a en outre développé avec le plus grand soin le principe introduit par lui dans la pharmacologie, l'étude comparative des médicaments sur l'homme et les animaux.

— Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, pour 1846, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1845, et les formules des médicaments nouveaux, suivi de recherches sur des cas rares de chimie pathologique et d'un mémoire sur l'action des poisons et de substances diverses sur les plantes et les poissons; par le docteur A. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. — 1 vol. grand in-32 de 348 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

— Supplément a l'annuaire de thérapeutique, etc., pour 1846, contenant : 1° trois mémoires sur les fermentations; 2° un mémoire sur la digestion des substances sucrées et féculentes sur les fonctions du pancréas, par MM. Bouchardat et Sandras; 3° un mémoire sur le diabète sucré ou glucosurie ; 4° une note sur les moyens de déterminer la présence et la quantité de sucre dans les urines ; 5° une notice sur le pain de gluten ; 6° une note sur la nature et le traitement physiologique de la phthisie; par le docteur A. Bouchardat. — 1 vol. grand in-32 de 336 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

— Code thérapeutique, méthode d'imbibition, ou traité des tisanes ; par le docteur G.-E. Norgeu. — 1 vol. grand in-8° de 188 pages, et un tableau synoptique. Prix : 4 fr. 50 c.

Le fond de cet ouvrage n'est pas moins nouveau que son titre. L'auteur y divise les maladies en trois classes, selon ce qu'il appelle les *états morbides*, en états *humoral, vasculaire* et *nerveux ;* à chacun de ces états et à chacune des affections qui s'y rapportent, correspondent des tisanes plus ou moins chaudes, plus ou moins fortes (infusion, décoction), plus ou moins composées, et à des doses plus ou moins considérables. Envisagé sous le point de vue sérieux, cet ouvrage est un système complet de médecine en rapport avec l'usage des tisanes, sous le nom de méthode d'*imbibition.*

— Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques, pour 1846, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1845; par le docteur Wahu, médecin de l'hôpital de perfectionnement et membre de plusieurs Sociétés savantes. — 1 vol. grand in-32 de 336 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

Ces six derniers ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

— Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum (Revue de la clinique chirurgicale et d'oculistique de l'université d'Erlangen), du 1er octobre 1844 au 30 septembre 1845); par M. le professeur Heyfelder. — In-8° de 54 pages. — Stuttgart, chez J. Kreuzer; 1845.

— Remarques critiques de la Société médicale de l'arrondissement d'Arcis-sur-Aube, sur les articles 6, 7, 8 et 9 votés par le congrès, et sur la suppression de l'article 32 de la loi du 21 germi-

NAL AN XI ; par M. GOSSEMENT, président de la Société. — Brochure in-8° de 15 pages. — Arcis-sur-Aube, imprimerie de Frémont.

Discussion sage sur la question complexe de la vente des médicaments par les médecins et les pharmaciens ; raisons excellentes à l'appui d'un système tendant à établir une circonscription fixe des localités, en dehors de laquelle *tous* les médecins pourraient, comme les pharmaciens, fournir des médicaments à leurs malades.

— MÉMOIRE SUR LES QUESTIONS D'ORGANISATION MÉDICALE RELATIVES A LA MÉDECINE DENTAIRE ; par M. J. F. SCHURÉ, D. M., membre de la Société de médecine de Strasbourg, etc. — Brochure in-8°. — Strasbourg, 1845.

L'auteur, après avoir établi les liens scientifiques qui rattachent l'art du dentiste à la médecine et à la chirurgie générales, conclut à ce que non-seulement tout dentiste soit docteur en médecine, mais encore assujetti à un examen spécial pour être autorisé à exercer la spécialité. Dans ce but, il désirerait qu'on créât une chaire pour l'enseignement de l'odontologie.

— IMPORTANCE D'UN TRAITEMENT SCIENTIFIQUE DES MALADIES DES DENTS ; par le docteur SCHLUND. — Brochure in-8° de 23 pages. — Paris, chez l'auteur, place de l'École-de-Médecine.

Programme des études indispensables à la profession de dentiste considérée dans ses vrais rapports avec la médecine.

— CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPHYSÈME ET L'ASTHME ; par M. LOUIS ADOLPHE DUMONT, D. M. P. — Thèse pour le doctorat, in-4°, 35 pages.

L'auteur cherche à établir que l'élément nerveux est pour beaucoup plus que ne l'ont pensé les auteurs les plus récents dans la production de la dyspnée. A l'appui de son opinion, il rapporte une série d'observations d'asthmes nerveux essentiels ; il conclut, en dernier lieu, à l'identité d'origine pour l'asthme et l'emphysème. Nous reviendrons sur cette thèse.

— DES PRINCIPES GÉNÉRAUX QUI SE SONT PERPÉTUÉS A TRAVERS LES RÉVOLUTIONS DES DOCTRINES MÉDICALES ; par MATHIEU HIRTZ, D. M., agrégé en exercice à la Faculté de médecine de Strasbourg. — In-4° de 81 pages. — Strasbourg, 1845, chez Silbermann.

— ESSAI THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES MALADIES DE L'OREILLE ; par HUBERT-VALLEROUX, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre titulaire de la Société médico-pratique, etc. — In-8°. Prix : 6 fr. — Paris, chez Fortin, Masson et Comp., libraires, 1, place de l'École-de-Médecine.

— ÉTUDES SUR L'HYDROTHÉRAPIE, OU TRAITEMENT PAR L'EAU FROIDE ; faites pendant un voyage en Allemagne, par le docteur CONSTANTIN JAMES. — In-8° de 91 pages. — Paris, chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

OEuvres complètes d'Hippocrate, traduction nouvelle avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions; *accompagnée d'une introduction*, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques; suivie d'une table générale des matières, par E. Littré.

En vente, tome 5e, in-8°, de 730 pages. Prix. . . . . 10 fr.
A Paris, chez *J.-B. Baillière*.

— Compendium de médecine pratique, ou Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne; par M. Ed. Monneret et M. Louis Fleury. Tom. VII (RAT-SCA), 27e livraison. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1846, chez Béchet jeune.

— Traité général d'anatomie comparée; par J. F. Meckel, traduit de l'allemand par les docteurs Sanson et Schuster, 10 volumes in-8°. — 25 francs au lieu de 60 fr. — S'adresser à Ernest Labbé, 10, rue de Seine, qui expédiera *franco* au prix de 30 francs.

— Note sur un des accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'émétique a haute dose en solution, et sur un moyen très-simple de le prévenir; par le docteur Ernest Boudet, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris; in-8°, 7 pages.

— Les bains sans baignoires et ramenés a leur belle simplicité; par Mathias Mayor. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, chez Labé, libraire, 4, place de l'École-de-Médecine.

« S'il existe, dit l'auteur, un moyen de *porter* et de *maintenir*, sur la surface du corps, une couche d'eau, quoique très-faible, et de permettre qu'une température suffisamment élevée s'y établisse et s'y conserve, il est *évident* que nous aurons par là *tous* les résultats d'un bain simple, tiède ou chaud. » L'auteur ajoute : « Le moyen se trouve dans la combinaison de deux ordres de corps très-différents : les *porte-liquides* ou *hydrophores*, et les *imperméables* ou *hydrofuges*. Les premiers, consistant en étoffe quelconque, en papier, carton, laine, coton, etc., sont destinés, comme dans les fomentations ordinaires, à s'imprégner du liquide; les seconds, consistant en enveloppes imperméables, sont appliqués sur les porte-liquides et destinés à en empêcher l'évaporation et le refroidissement. Ce système de baignoires, dit l'auteur, a l'avantage, entre beaucoup d'autres, de ne tenir pas plus de place dans la poche qu'une paire de gants. »

— Des abus de la cautérisation et de la résection du col dans les maladies de matrice; par F. L. Pichard, ancien élève des hôpitaux, etc. — 1 vol. grand in-8° de 200 pages. Prix : 4 fr. — Paris, 1846, chez Germer Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Suivant l'auteur, de tous les moyens employés contre les ulcérations et les ulcères de la matrice, la cautérisation est un des moins rationnels. Pour lui, la plupart des guérisons attribuées à l'emploi des caustiques

ne leur sont point imputables. — L'amputation du col de l'utérus, proposée comme moyen extrême dans certains cas, est une opération hasardeuse dont les résultats ont été ou des hémorrhagies mortelles, des péritonites, ou des récidives.

— Histoire et critique des doctrines des maladies de la peau considérées particulièrement sous le rapport de la génésie des formes élémentaires ; par le docteur J. Rosembaum ; traduit de l'allemand par le docteur Ch. Daremberg, In-8° de 40 pages. Prix : 2 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière.

Dans ce travail, l'auteur a eu surtout pour objet de faire ressortir le vice radical de toutes les classifications proposées jusqu'ici pour les maladies de la peau. Il cherche à prouver qu'il est logiquement impossible d'établir des classes, des ordres ou des genres d'après les différentes formes élémentaires, les papules, les pustules, les vésicules, ces formes élémentaires n'étant rien autre que les différents degrés de développement du même *procés*, et chaque *procès* pathologique qui se manifeste sur la peau et les glandes pouvant se montrer sous chacune de ces formes et les présenter l'une après l'autre ou en même temps.

— Hygiène militaire (de l'enseignement de l'hygiène dans les corps de troupes pour compléter l'instruction régimentaire du soldat) ; par T. Garnier-Leteurie, de Passais (Orne). — Premier mémoire. In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière.

L'auteur propose de répandre parmi les soldats des notions vulgaires d'hygiène, dans le double but de leur être directement utiles et de les employer eux-mêmes à propager ces notions dans toutes les familles. Cette pensée philanthropique et intelligente est l'application d'une vue émise par le général Oudinot dans ses Considérations sur l'application de l'armée aux travaux d'utilité publique. Dans ce premier mémoire, l'auteur traite de l'hygiène de la peau, des vêtements, de l'appareil respiratoire.

— Essai sur les eaux minérales de Saint-Galmier ; par M. le docteur J. E. F. Ladevèze. — In-8° de 35 pages. — Paris, 1845, au dépôt général des eaux minérales de France ; 12, rue J.-J. Rousseau.

Les eaux minérales de Saint-Calmier sont acidules gazeuses ; très-considérées dans le midi de la France, elles y sont surtout employées dans les maladies de l'appareil urinaire. D'après M. Ladevèze, elles auraient même guéri de véritables calculeux. Un fait remarquable, c'est que les habitants de Saint-Galmier n'ont *jamais compté parmi eux un seul calculeux.*

— Compendium de chirurgie pratique, ou traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament ; par A. Bérard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc., et M.-C. Denonvilliers, agrégé et chef des travaux anatomiques de la

Faculté de médecine de Paris, etc.— 4e, 5e, 6e livraisons du tome II et du commencement du tome III.

— Guide du médecin praticien, ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées ; par F.-L.-I. Valleix, médecin de l'Hôtel-Dieu-annexe, membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique, auteur de la Clinique des maladies des enfants nouveau-nés, du Traité des névralgies, etc.

Le tome VIII est sous presse : il sera publié en six livraisons, chacune de 100 pages, qui paraîtront de mois en mois. Paris, chez J.-B. Baillière.

— De quelques infirmités de la main droite qui s'opposent a ce que les malades puissent écrire, et du moyen de remédier a ces infirmités ; par J.-J. Cazenave, D. M. P., correspondant de l'Académie royale de médecine.— In-8° de 37 pages.— Paris, chez J.-B. Baillière.

Les infirmités dont traite l'auteur consistent dans certaines affections spasmodiques des muscles de la main et des doigts qui empêchent de tenir la plume. Après avoir essayé inutilement des diverses méthodes proposées dans ces derniers temps : ténotomie, acupuncture et compression, M. Cazenave a eu recours à un petit appareil de son invention, propre à enchaîner les doigts en les entourant de liens élastiques, « en les garottant mollement. » Plusieurs cas de guérison définitive sont cités à l'appui de cette méthode.

— Quelle est la part de la nature, et quelle doit être celle de l'art dans la guérison des maladies chirurgicales ? par le docteur Léon Boyer.— Montpellier, chez Jean Martel aîné.

MÉLANGES.

41. *Cas très-remarquable d'épistaxis arrêtée par la compression de l'artère carotide primitive* ; par M. H. Duclos.

(Gazette des Hôpitaux, N° 4, 1846.)

Le concierge de la maison habitée par M. Piorry fut atteint, le 28 novembre, à cinq heures du matin, d'une épistaxis abondante qui dura jusqu'à neuf heures ; à onze heures, l'hémorrhagie recommença avec force. Enfin M. Piorry fut appelé pour arrêter le sang ; il plaça des ligatures au-dessous du genou, et recommanda l'élévation de la tête. Ce moyen ne réussissant pas, il y ajouta l'introduction d'un tampon de charpie dans l'orifice antérieur de la narine, siége de l'hémorrhagie, en même temps qu'il faisait pancher en avant la tête du malade pour faciliter la formation d'un caillot dans les fosses nasales. Mais le sang continuait de couler par la bouche, et le malade s'affaiblissait. En vain aussi M. Piorry employa l'application de la glace sur le nez,

en recommandant au malade de conserver un morceau de cette glace dans la bouche ; il allait en venir à pratiquer le tamponnement des fosses nasales, opération pénible pour le malade et non toujours suivie de succès. Mais alors M. Piorry eut l'idée de comprimer la carotide primitive du côté correspondant à celui de la narine, siége de la rhinorrhagie. Aussitôt l'écoulement de sang s'arrêta tout à coup ; la compression fut maintenue pendant vingt minutes, et il n'y a pas eu récidive. Ainsi, grâce à cette heureuse inspiration due à l'anatomie et à la physiologie, l'épistaxis qui durait depuis cinq heures du matin jusqu'à sept heures du soir presque sans interruption, fut arrêtée instantanément.

---

42. *Note sur les hydatides;* par P. Gervais, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier.

(La Clinique de Montpellier, N° 15, 1845.)

Il existe dans le corps des animaux vertébrés mammifères un certain nombre de parasites plus ou moins vésiculeux et remplis dans leur intérieur d'un liquide aqueux. Ce sont ces parasites que les médecins praticiens et les anatomistes ont longtemps confondus et confondent souvent encore sous le nom d'*hydatides*, parce qu'il est assez difficile, sans la dissection ou le microscope, de déterminer leur véritable genre. Ce sont aussi les *vers cystiques*, *vésiculaires*, *hydatiques*, etc., des auteurs ; ils forment plusieurs genres assez faciles à caractériser, et dont l'étude a offert des particularités fort singulières. Ainsi, aucun d'eux n'a montré d'organes reproducteurs ni d'œufs, et, sous ce double rapport, ils sont bien inférieurs aux tænias et aux bothriocéphales ; aussi M. Dujardin pense-t-il que ce sont de jeunes tænias arrêtés dans leur développement et difformes, opinion que nous ne pouvons pas partager. Ils n'ont pas de canal intestinal, et ceux qu'on a nommés acéphalocystes seraient même, au dire des personnes qui les ont étudiés, complétement privés de tête, tandis que les autres ont, comme les tænias, une tête garnie d'une couronne simple ou double de crochets cornés et pourvus également de quatre suçoirs. Entre cette tête et la partie vésiculaire dans laquelle elle rentre par invagination lorsque l'animal est en repos, on voit le cou, qui est plissé plus ou moins, mais non articulé, comme celui des tænias.

Voici quelques détails sur les différents genres d'hydatides.

1° Cysticerque. *Cysticercus.* — Les cysticerques sont des vers hydatiques toujours simples, c'est-à-dire isolés les uns des autres, soit dans les feuillets du péritoine, et libres comme on

en voit souvent chez les lapins, soit renfermés dans une capsule fibreuse, ce qui est le cas le plus fréquent. Nous en connaissons, d'après nos propres observations et d'après celles des auteurs, plus de vingt espèces. On peut se procurer très-aisément le *cysticercus pisiformis*, qui vit dans le péritoine des lapins. Ces animaux en nourrissent, à notre avis, deux espèces. Un autre cysticerque est le *cysticercus cellulosæ*, que l'on dit commun à l'homme et au cochon, assertion qui ne nous paraît pas démontrée. Il est quelquefois très-abondant et donne lieu à la maladie nommée ladrerie. Nous pensons aussi que l'homme nourrit au moins deux espèces de cysticerques, celui des muscles et du tissu cellulaire, ou le *C. cellulosæ*, et une espèce plus semblable au *C. tenuicollis* des ruminants, qui serait le cysticerque du cerveau humain. Les cysticerques des singes que nous avons vus ressemblent aussi à ce dernier plus qu'au *C. cellulosæ*. Quelques chauves-souris, la taupe, le putois, le chien, différents rongeurs, le cochon, le cheval, un assez grand nombre de ruminants, le dauphin et même la baleine, d'après M. Bennett, nourrissent des cysticerques.

La classification de ces animaux, aussi bien que leur distinction spécifique, paraît assez facile à établir, si l'on veut tenir compte de la forme de leur corps, de la texture des membranes qui entrent dans sa composition, et de la forme des crochets épineux qui sont le moyen à l'aide duquel ces vers se fixent aux animaux dont ils sont parasites.

La série naturelle de ces animaux paraît devoir commencer par le *cysticercus fasciolaris* des rats, qui a le plus la forme tænioïde, c'est-à-dire un plus grand nombre de rides au cou, et la vésicule la plus petite.

Le travail le plus considérable qu'on ait encore publié sur les espèces du genre cysticerque est dû à M. Tschudi ; il a pour titre : *Ann. and Mag. of nat. Hist.*, XIV, 328, 1844.

M. O'Brien est le seul auteur qui indique un cysticerque parasite d'un animal non mammifère. Ce ver aurait été pris dans une loche (*Corbitis barbatula*).

2° Cœnure. *Cœnurus*.—Les cœnures ne paraissent être qu'une agrégation des vers hydatiques, dont les vésicules sont réunies en une seule poche, et les têtes distinctes sur cette poche. On pourrait dire que ce sont des cysticerques agrégés et polycéphales à la manière de certaines ascidies composées, ou mieux comme la plupart des espèces inférieures de polypes.

L'espèce type du genre cysticerque vit dans la cavité crânienne des moutons, et détermine une maladie de ces animaux, connue

sous le nom de *tournis*. Il en existe une autre espèce dans le lapin de garenne, qui est certainement distincte de celle du mouton, et que nous nommerons *cœnurus serialis*. C'est probablement d'elle que M. de Blainville a parlé sous le nom d'échinocoque du lapin de garenne (*Dict. sc. nat.*, t. LVII, pag. 604). Leblond, qui a vu, comme nous, un exemplaire de cette espèce, appartenant au docteur Emmanuel Rousseau, a pensé que c'était le *cœnurus cerebralis* (*Atlas français* de Bremser, p. 15, 1837). La vésicule hydatique est pyriforme, et les têtes rétractiles de ces cœnures sont placées en séries transverses multiples, et portées sur un cou plus long et plus grêle que celui du *C. cerebralis*, et visible à la face externe de la membrane.

3° Echinocoque. *Echinococcus*. — Les échinocoques ont été le plus souvent décrits comme de petits vers assez semblables à de jeunes tænias, mais inarticulés, qui vivraient libres dans une poche membraneuse, elle-même entourée d'une capsule enveloppante et plus ou moins épaisse; mais ils sont réellement, comme les têtes des cœnures, en continuité directe avec la membrane interne qui n'est que la fusion de leurs poches hydatiques, et ils se rétractent à la face interne de cette membrane comme autant de petits grains, s'en détachent même fréquemment, et présentent alors l'apparence qui a trompé plusieurs fois les observateurs. Un auteur les a réunis avec assez de raison aux cœnures sous le nom commun de *polycephalus*.

Depuis que nous avons écrit l'article *echinocoque* du *Dictionnaire universel d'Histoire naturelle*, nous avons observé plusieurs échinocoques, celui du cochon principalement, et un autre parasite de la girafe.

Les petites têtes des échinocoques sont habituellement rétractées dans la portion de membrane qui doit constituer leur cou, dans le cas où elles s'allongent pour prendre leur nourriture. C'est seulement dans cet état que nous les avons vues; elles se montrent alors comme de petites boules tenant faiblement à la membrane générale. Nous ne serions pas étonné que l'échinocoque ainsi observé fût l'*acephalocystes endogena* de M. Kuhn.

Les échinocoques de la girafe morte l'année dernière à la ménagerie de Paris formaient deux hydatides de la grosseur d'une forte orange chacune, et placées dans la rate. Auprès de ces hydatites, et également dans le tissu de l'organe, étaient les débris d'une troisième, alors détruite, et dont les membranes, repliées et resserrées en une petite masse tuberculeuse de la grosseur d'une noix, indiquaient que l'hydatide avait été crevée depuis assez longtemps, et que cette espèce de ver, qui d'ailleurs n'oc-

casionne pas en général de désordre dans l'organisme, peut disparaître naturellement, en se vidant. Un pelotonnement intérieur à celui de l'enveloppe ou kyste était d'apparence sébacée, et rappelait par son aspect la matière tuberculeuse. Des fragments de cette substance, soumis au microscope, montrèrent que c'étaient bien les restes de la véritable poche hydatique, puisqu'on y distinguait encore des crochets d'échinocoques.

Les granules décrits avec soin par M. Gulliver, dans les cysticerques, se retrouvent dans l'échinocoque de la girafe, comme dans les autres échinocoques; mais ils sont plus gros que ceux de l'*echinococcus veternorum*, l'espèce du cochon; les échinocoques eux-mêmes sont d'un volume plus considérable, et ils paraissent différer spécifiquement.

Dugès parle, dans son mémoire sur les lombrics (*Ann. des Sci. nat.*, Ire série), d'un échinocoque parasite de ce genre d'annélides; mais il ne donne pas à son égard des détails suffisants pour que l'on puisse assurer que l'animal observé par lui appartient réellement à ce groupe. C'est donc une assertion qui a besoin d'être confirmée.

Acéphalocyste. *Acephalocystes.* — On observe souvent dans des poches hydatiques remplies de vésicules à échinocoques, quelques-unes de ces vésicules auxquelles il est impossible, même avec le microscope, de trouver des têtes d'échinocoques. Nous nous sommes plus particulièrement assuré de ce fait sur des hydatides de très-gros volume et emboîtées les unes dans les autres, prises dans la cavité abdominale du macaque. Ce fait et quelques autres nous conduisent à nous demander s'il existe réellement des acéphalocystes, c'est-à-dire des hydatites composées uniquement d'une vésicule, et sans tête ni couronne de crochet, ou plutôt si les hydatides qui présentent cette absence des caractères propres aux autres vers hydatiques, ont réellement acquis tout leur développement. Mais nous devons avouer qu'il nous est encore impossible de répondre d'une manière satisfaisante à cette double question.

Nous devons, pour terminer ce que nous avions à dire sur l'histoire zoologique des hydatides, rappeler le travail récent de M. Goodsir sur ce groupe d'animaux, dont il décrit, sous les noms d'*Astoma*, *Diskostoma* et *Sphæridion*, trois genres qui ne nous paraissent pas suffisamment caractérisés pour que nous en parlions ici avec détails. Le genre *Sphæridion*, qui a été trouvé dans le péritoine d'une espèce de cigogne des Baléares, serait la seule espèce d'hydatide reconnue parasite des oiseaux.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 163e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME III. — MARS 1846.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

De la mortalité des ouvriers mineurs; par *G. Hanot* (*Suite et fin.*) 237
Mémoire sur la chlorose; par le docteur *E. Sélade.* (*Suite et fin.*) 250
Histoire de la syphilis dans l'antiquité; par le docteur *Rosenbaum.* (*Suite.*) 267
Des effets du seigle ergoté sur les femmes en travail et sur le fœtus; par *Samuel Hardy.* (Traduit de l'anglais, par M. *Verheyen.*) 285

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbuecher der K. K. OEsterreichischen Staates. (Analyse par le docteur *Biver.*) 302

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 25 *janvier* 1846.

Communication du Gouvernement. 309

Rapports et *discussions.*

Rapport de la sixième Section sur une requête de M. *Jenot*, concernant l'institution des vétérinaires du Gouvernement et la répression de l'empirisme vétérinaire. 309
Rapport de la Commission de législation sur les requêtes relatives à la vente des médicaments en Belgique. (*Discussion.*) 310

Séance du 26 *janvier* 1846.

Discussion sur le rapport de la Commission de législation au sujet des requêtes concernant la vente des médicaments en Belgique. 337
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de janvier 1846. 352

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

CHIMIE PATHOLOGIQUE. — 19. Sur la chimie pathologique de l'urine et du sang; par le docteur *Georges Padley.* 219
20. Analyse de l'urine des aliénés; par MM. *Alex. Sutherland* et *Edward Rigby.* 221
HYGIÈNE. — 1. Quelques mots sur une grave affection à laquelle seraient sujets les ouvriers qui travaillent à la fabrication des allumettes; par M. *Bricheteau.* 1

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE. — 2. Notice sur l'épithélium de l'intestin; par le docteur *Kölz.* 3

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 3. Sur la chlorose des adultes; par M. *Blaud.* 10
21. Observation de bruit de souffle musical dans le cœur; autopsie; par MM. *Sargint* et *de Marie.* 222

22. Quelques mots sur la bronchite capillaire; bronchite capillaire avec hypérémie cérébrale intense; crise après l'usage de l'ipécacuanha. 223
23. Sur une variété particulière d'ictère encore peu connue ; ipécacuanha. 226
25. Du traitement du purpura hémorrhagica par l'huile essentielle de térébenthine; par le docteur *J.-M. Neligan.* 233
4. Note sur le traitement de la diathèse purulente; par le docteur *Jean Paul Tessier.* 16
5. Recherches sur l'origine de la surdi-mutité; par M. *P. Menière.* 27
41. Cas très-remarquable d'épistaxis arrêtée par la compression de l'artère carotide primitive ; par M. *Henri Duclos.* 266
42. Note sur les Hydatides ; par *P. Gervais.* 267
THÉRAPEUTIQUE.—6. Recherches sur les névralgies traitées par le quinquina et ses préparations ; par le docteur *E. Hermel.* 36
7. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques ; par M. *Payan.* 44
26. Emploi du musc contre la coqueluche 238
29. Eau de goudron à l'intérieur contre les dartres hémorrhoïdaires ; par le docteur *Jaffé.* 241
30. Du nitrate d'argent à l'intérieur dans le cas de menstruation trop abondante ; par le docteur *Ditterich.* 241

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS.—8. Observation de grossesse abdominale; par M. *Cerise.* 62
31. Cas d'antéversion de l'utérus pendant la grossesse ; par M. *Robert Lane.* 242
32. Difformité considérable du bassin ; accouchement prématuré artificiel ; par M. *James Reid.* 244
9. Moyens pour éviter les pertes utérines après l'accouchement ; par le docteur *Senn.* 64
10. Observation de thrombus vulvo-périnéal. 66
MALADIES DES FEMMES.—11. Quelques remarques sur le thrombus de la vulve ; par M. *Velpeau.* 69
MALADIES DES ENFANTS.—12. De l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants, et de son traitement par les ferrugineux. 78
24. Sur le diagnostic, la marche et le traitement de la fièvre intermittente chez les très-jeunes enfants ; par le docteur *H. Petzold.* 227
27. Delirium tremens chez un enfant de cinq ans. — Guérison. 238

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE.—13. Abcès du petit bassin; par le docteur *Compérat.* 86
14. Mémoire sur les anévrismes de la région inguinale, et sur leur traitement ; par M. *Malgaigne.* 102
28. Rétention d'urine causée par des hémorrhoïdes de la vessie; nécessité de la ponction de cet organe ; par M. *Krause.* 239
33. Des ulcères, de leurs causes et de leur formation ; par M. *Culter.* 245
34. Sur le traitement de la gangrène sénile ; par M. *S. Taylor.* 247
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 15. De la fracture et de la déformation des instruments lithotriteurs; par le docteur *Civiale.* 118
35. Ankylose rectangulaire du genou. — Opération consistant à enlever une portion d'os en forme de coin comprenant la rotule, les condyles et la surface articulaire du tibia ; rectitude presque complète du membre ; guérison ; par le docteur *G. Buck.* 248
36. Plaie par arme à feu de la face et du cou; hémorrhagie secondaire; ligature des deux carotides à quatre jours de distance; guérison ; par le docteur *G. Elis.* 252
37. Guérison de l'hydrocèle sans opération ; par M. *J. Harvey.* 254
38. Nouvel instrument pour remédier au vice de prononciation qui résulte de la fissure congéniale du voile du palais ; par M. *Stearus.* 254

OPHTHALMOLOGIE. — 39. Observation d'hémorrhagie spontanée de la membrane qui tapisse la chambre antérieure de l'œil ; par M. *H. Taylor*. 255

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES.—16. Des hallucinations ; par M. le docteur *M. Macario*. 129

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. Cliniques médicales. — Pneumonies ; leur rareté ; caractères particuliers des pneumonies actuelles. 154. — Sur quelques cas de pneumonies dites centrales. 156. — Caractères différentiels de la rougeole et de la scarlatine ; valeur seméiotique de l'expectoration dans la rougeole. 158. — Pleurodynie suivie de pleurésie. Relation de ces deux états morbides. 160. — Fièvre typhoïde charbonneuse. 161. — Hydarthrose chronique du genou. Tartre stibié ; diminution considérable de l'épanchement en trois jours. — Rhumatisme articulaire aigu guéri en dix jours par le sulfate de quinine. 163.
18. Septième session du congrès des savants italiens, tenue à Naples en 1845. — Abstinence complète depuis trois ans ; par M. *Borelli*. — La physiologie d'Homère. 165.
Section de chirurgie. 166.—Méthode thérapeutique contre la cataracte. — Remède contre le cancer.—Nouvelle ventouse 167.—Cas d'atrésie de l'arrière-bouche. — Traitement des déviations du rachis par la myotomie sous-cutanée. 168. — Visite faite dans les hôpitaux de Naples par une commission du congrès. 169. — Contagion de la peste ; utilité des lazarets. — Siége du congrès de 1846 ; programme des questions. 171. — Programme arrêté des questions qui seront discutées en 1846 dans le huitième congrès, à Gênes. 172.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 mars.) Jeune fille électrique. 172. — Développement de la substance minérale dans le système osseux. 173. — Nature et mode de formation des concrétions polypiformes du cœur. 174. — Emploi du sulfate de quinine par la méthode pharyngienne. — Jeune fille électrique. 175. — Nécroses des os de la face produites par les vapeurs du phosphore. 176. — Action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes. 179. — Effets physiologiques de l'éther sulfurique d'après la méthode pharyngienne. — Des différences que présentent les phénomènes de la digestion et de la nutrition chez les animaux herbivores et carnivores. 180. — Nouveau signe pour distinguer la mort réelle de la mort apparente. — Note sur un cas curieux d'héméralopie. 182. — Surdité complète survenue à la suite d'une fracture comminutive du crâne. — Digestion. 183.
ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 3, 10, 17, 21 et 31 mars.) Lettre de M. Faure. — De l'intermittence dans les fièvres des marais. 186. — Peste. Quarantaines. 188. — Application d'un nouveau procédé opératoire pour le traitement des polypes de l'utérus. 196. — Peste. Quarantaines. 197. — Uréthroplastie. 202. — Lithotribe à deux branches. 204. — Pestes. Quarantaines, 205. — Lithotribe à mors pleins pour la pulvérisation par percussion. — De la paracentèse du thorax dans la pleurésie aiguë avec épanchement. 215. — Glande vaginale. 216.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE.

40. De quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et du moyen de remédier à ces infirmités ; par *J.-J. Cazenave*. 257

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Sani. D'Orbigny. Requin. Bouchardat. Norgeu. Wahu. Heyfelder. Gossement. Schuré. Schlund. Dumont. Hirtz. Hubert-Valleroux. James. Littré. Monneret et Fleury. Sanson et Schuster. Boudet. Mayor. Pichard. Rosembaum. Garnier-Leteurie. Ladevèze. Bérard. Valleix. Cazenave. Boyer. 261

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 163e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME III. — MARS 1846.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (janvier 1846).

Macario (M.). Des hallucinations. 129

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (février 1846).

De l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants, et de son traitement par les ferrugineux. 78
Civiale. De la fracture et de la déformation des instruments lithotriteurs. 118

BULLETIN DES ACADÉMIES (janvier 1846).

Senn. Moyens pour éviter les pertes utérines après l'accouchement. 64

CLINIQUE DE MONTPELLIER. (N° 15; 1845).

Note sur les hydatides. 267

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 4, 30; 1846).

Cerise. Observation de grossesse abdominale. 62
Duclos (H.). Cas très-remarquable d'épistaxis arrêtée par la compression de l'artère carotide primitive. 266

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 2, 4, 8, 10, 12; 1846).

Tessier (J. P.). Note sur le traitement de la diathèse purulente. 16
Menière (P.). Recherches sur l'origine de la surdi-mutité. 27
Hermel (E.). Recherches sur les névralgies traitées par le quinquina et ses préparations. 36
Cliniques médicales. 154
Septième session du congrès des savants italiens, tenue à Naples en 1845. 165

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (N° 2; 1846).

Küss. Notice sur l'épithélium de l'intestin. 3

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (mars 1846).

Bricheteau. Quelques mots sur une grave affection à laquelle seraient sujets les ouvriers qui travaillent à la fabrication des allumettes. 1

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (février et mars 1846).

Velpeau. Quelques remarques sur le trhombus de la vulve. 69
Malgaine. Mémoire sur les anévrismes de la région inguinale et sur leur traitement. 102

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (janvier 1846).

Observation de trhombus vulvo-périnéal. 66

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Cazenave (J. J.). De quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et du moyen de remedier a ces infirmités. 257

REVUE MÉDICALE (décembre 1845, janvier et février 1846).

Blaud. Sur la chlorose des adultes. 10
Payan. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques. 44
Compérat. Abcès du petit bassin. 86

JOURNAUX ALLEMANDS.

JOURNAL FUER DIE KINDERKRANKHEITEN.

Petzold. (H.). Sur le diagnostic, la marche et le traitement de la fièvre intermittente chez les très-jeunes enfants. 227
Emploi du musc contre la coqueluche. 238

NEUE ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE.

Delirium tremens chez un enfant de cinq ans. — Guérison. 238

NEUE MED.-CHIR. ZEITUNG.

Ditterich. Du nitrate d'argent à l'intérieur dans le cas de menstruation trop abondante. 241

ZEITSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE MEDICIN.

Krause. Rétention d'urine causée par des hémorrhoïdes de la vessie, nécessité de la ponction de cet organe. 239
Jaffé. Eau de goudron à l'intérieur contre les dartres hémorrhoïdaires. 241

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Saryint et *de Maric.* Observation de bruit de souffle musical dans le cœur ; autopsie. 222
Harvey (J.). Guérison de l'hydrocèle sans opération. 254
Taylor (H.). Observation d'hémorrhagie spontanée de la membrane qui tapisse la chambre antérieure de l'œil. 255

THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Neligan (J. M.). Du traitement du purpura hémorrhagica par l'huile essentielle de térébentine. 233

LONDON MED. GAZETTE.

Padley (G.). Sur la chimie pathologique de l'urine et du sang. 219
Sutherland (Alex.). et *Rigby* (Ed.). Analyse de l'urine des aliénés. 221
James Reid. Difformité considérable du bassin ; accouchement prématuré artificiel. 241

THE LANCET.

Lane (R.). Cas d'antéversion de l'utérus pendant la grossesse. 242
Culter. Des ulcères, de leurs causes et de leur formation. 245
Taylor (S.). Sur le traitement de la gangrène sénile. 247
Stearus. Nouvel instrument pour remédier au vice de prononciation qui résulte de la fissure congéniale du voile du palais. 254

THE MEDICAL TIMES.

Sur une variété particulière d'ictère encore peu connue ; ipécacuanha. 226

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MED. SCIENCES.

Buck (G.). Ankylose rectangulaire du genou. — Opération consistant à enlever une portion d'os en forme de coin comprenant la rotule, les condyles et la surface articulaire du tibia ; rectitude presque complète du membre ; guérison. 248

NEW-YORK JOURNAL OF MEDECINE.

Elis (G.). Plaie par arme à feu de la face et du cou ; hémorrhagie secondaire ; ligature des deux carotides à quatre jours de distance ; guérison. 252

JOURNAUX HOLLANDAIS.

KLINICK.

Quelques mots sur la bronchite capillaire ; bronchite capillaire avec hypérémie cérébrale intense ; crise après l'usage de l'ipécacuanha. 223